



## LIETUVOS VYRIAUSIASIS ADMINISTRACINIS TEISMAS

### SPRENDIMAS LIETUVOS RESPUBLIKOS VARDU

2015 m. gruodžio 21 d.  
Vilnius

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinė teisėjų kolegija, susidedanti iš teisėjų Laimučio Alechnavičiaus, Artūro Drigoto, Ramūno Gadliausko (pranešėjas), Stasio Gagio ir Irmanto Jarukaičio (kolegijos pirmininkas),

sekretoriaujant Gitanai Aleliūnaitei,

dalyvaujant pareiškėjams Lietuvos Respublikos Seimo nariams Antanui Matului, Vidai Marijai Čigriejienei, Lietuvos Respublikos Seimo narių Antano Matulo, Audroniaus Ažubalio, Vidos Marijos Čigriejienės atstovui advokatui Ruslanui Černiauskui, atsakovo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos atstovams Arvydui Skorupskui, Danguolei Milkevičiūtei, Egidijui Baniui,

viešame teismo posėdyje išnagrinėjo norminę administracinę bylą pagal pareiškėjų Lietuvos Respublikos Seimo narių Audroniaus Ažubalio, Vidos Marijos Čigriejienės ir Antano Matulo pareiškimus ištirti, ar Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 10 d. įsakymu Nr. V-676 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 9 d. įsakymo Nr. 652 „Dėl neurochirurgijos stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų“ pakeitimo“ patvirtintų Stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų neurochirurgijos tretinio lygio paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų „Neurochirurgija III B“ ir „Neurochirurgija III C“ dalys, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 10 d. įsakymu Nr. V-677 „Dėl neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metų plano patvirtinimo“ patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metų plano 7, 13–17, 35 ir 36 punktai neprieštaruoja Lietuvos Respublikos Konstitucijos 43 straipsnio 1 daliai, 46 straipsniui, 48 straipsnio 1 daliai, 53 straipsnio 1 daliai, Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 straipsniui, 4 straipsniui, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsniui, Lietuvos Respublikos darbo kodekso 2 straipsniui, Vilniaus universiteto statutui, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 7 straipsniui, Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 14 straipsniui, Visuotinės žmogaus teisių deklaracijos 23 straipsniui, 25 straipsniui, Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 6 straipsniui, 12 straipsniui, Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 23 straipsniui, 35 straipsniui, taip pat ar Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymo Nr. V-95 „Dėl Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015–2020 metų plano patvirtinimo“ 3 punktas ir šiuo įsakymu patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015–2020 metų plano 6, 7, 8, 12, 14-17, 25, 28, 33 punktai bei priedas Nr. 1 neprieštaruoja Lietuvos Respublikos Konstitucijos 43 straipsnio 3 daliai, 46 straipsniui, 48 straipsnio 1 daliai, 53 straipsnio 1 daliai, Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3

ir 4 straipsniams, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsniui, Lietuvos Respublikos darbo kodekso 2 straipsniui, Vilniaus universiteto statutui, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 7 straipsniui, Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 14 straipsniui, Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 6 ir 12 straipsniams, Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 23 ir 35 straipsniams, ar Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymas Nr. V-75 „Dėl nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo patvirtinimo“ (su 2015 m. kovo 23 d. pakeitimais ir papildymais) neprieštarauja Lietuvos Respublikos Konstitucijos 43 straipsnio 3 daliai, 46 straipsniui, 48 straipsnio 1 daliai, 53 straipsnio 1 daliai, 2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvai 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo, Europos Komisijos 2014 m. kovo 10 d. deleguotajam sprendimui 2014/286/ES, Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 ir 4 straipsniams, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsniui, Lietuvos Respublikos darbo kodekso 2 straipsniui, Vilniaus universiteto statutui, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 7 straipsniui, Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 14 straipsniui, Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 6 ir 12 straipsniams, Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 23 ir 35 straipsniams.

#### Išplėstinė teisėjų kolegija

n u s t a t ė:

#### I.

1. Lietuvos Respublikos Seimo nariai Audronius Ažubalis, Vida Marija Čigriejienė ir Antanas Matulas (toliau – ir pareiškėjai, Seimo nariai) su 2014 m. gruodžio 23 d. pareiškimu kreipėsi į Lietuvos vyriausiąjį administracinį teismą, prašydami ištirti, ar Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 10 d. įsakymu Nr. V-676 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 9 d. įsakymo Nr. 652 „Dėl neurochirurgijos stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų paslaugų teikimo specialiujų reikalavimų“ pakeitimo“ (toliau – ir įsakymas Nr. V-676) patvirtintų Stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų neurochirurgijos tretinio lygio paslaugų teikimo specialiujų reikalavimų (toliau – ir Specialieji reikalavimai) „Neurochirurgija III B“ ir „Neurochirurgija III C“ dalys, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 10 d. įsakymu Nr. V-677 „Dėl neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metų plano patvirtinimo“ (toliau – ir įsakymas Nr. V-677) patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metų plano (toliau – ir 2014 m. planas) 7, 13–17, 35 ir 36 punktai neprieštarauja Lietuvos Respublikos Konstitucijos 43 straipsnio 3 daliai, 46 straipsniui, 48 straipsnio 1 daliai, 53 straipsnio 1 daliai, Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 ir 4 straipsniams, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsniui, Lietuvos Respublikos darbo kodekso 2 straipsniui, Vilniaus universiteto statutui, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 7 straipsniui, Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 14 straipsniui, Visuotinės žmogaus teisių deklaracijos 23 ir 25 straipsniams, Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 6 ir 12 straipsniams, Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 23 ir 35 straipsniams (toliau – ir pareiškimas Nr. 1).

2. Pareiškimas Nr. 1 2014 m. gruodžio 31 d. nutartimi administracinėje byloje Nr. I<sup>552</sup>-25/2014 priimtas nagrinėti Lietuvos vyriausiajame administraciniame teisme.

3. Lietuvos Respublikos Seimo nariai Audronius Ažubalis, Vida Marija Čigriejienė ir Antanas Matulas su 2015 m. balandžio 16 d. pareiškimu kreipėsi į Lietuvos vyriausiąjį administracinį teismą, prašydami ištirti, ar Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymo Nr. V-95 „Dėl Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020

metų plano patvirtinimo“ (originali įsakymo redakcija) (toliau – ir įsakymas Nr. V- 95) 3 punktas ir šiuo įsakymu patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020 metų plano (toliau – ir 2015 m. planas) 6, 7, 8, 12, 14–17, 25, 28, 33 punktai ir priedas Nr. 1, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymas Nr. V-75 „Dėl nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo patvirtinimo“ (su 2015 m. kovo 23 d. pakeitimais ir papildymais) (toliau – ir įsakymas Nr. V-75), kuriuo patvirtintas Nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašas (toliau – ir Atrankos tvarkos aprašas) neprieštarauja Lietuvos Respublikos Konstitucijos 43 straipsnio 3 daliai, 46 straipsniui, 48 straipsnio 1 daliai, 53 straipsnio 1 daliai, Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 ir 4 straipsniams, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsniui, Lietuvos Respublikos darbo kodekso 2 straipsniui, Vilniaus universiteto statutui, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 7 straipsniui, Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 14 straipsniui, Visuotinės žmogaus teisių deklaracijos 23 ir 25 straipsniams, Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 6 ir 12 straipsniams, Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 23 ir 35 straipsniams, taip pat ar Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymas Nr. V-75 „Dėl nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo patvirtinimo“ neprieštarauja 2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvai 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo, Europos Komisijos 2014 m. kovo 10 d. deleguotajam sprendimui 2014/286/ES (toliau – ir pareiškimas Nr. 2).

4. 2015 m. gegužės 4 d. nutartimi administracinėje byloje Nr. eI-14-822/2015 priimta nagrinėti Lietuvos vyriausiajame administraciniame teisme pareiškimo Nr. 2 dalis ištirti, ar Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymo Nr. V-95 „Dėl Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020 metų plano patvirtinimo“ 3 punktas ir šiuo įsakymu patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020 metų plano 6, 7, 8, 12, 14–17, 25, 28, 33 punktai ir priedas Nr. 1, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymas Nr. V-75 „Dėl nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo patvirtinimo“ (su 2015 m. kovo 23 d. pakeitimais ir papildymais) neprieštarauja Lietuvos Respublikos Konstitucijos 43 straipsnio 3 daliai, 46 straipsniui, 48 straipsnio 1 daliai, 53 straipsnio 1 daliai, Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 ir 4 straipsniams, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsniui, Lietuvos Respublikos darbo kodekso 2 straipsniui, Vilniaus universiteto statutui, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 7 straipsniui, Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 14 straipsniui, Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 6 ir 12 straipsniams, Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 23 ir 35 straipsniams, taip pat ar Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymas Nr. V-75 „Dėl nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo patvirtinimo“ neprieštarauja 2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvai 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo, Europos Komisijos 2014 m. kovo 10 d. deleguotam sprendimui 2014/286/ES.

5. Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo pirmininko 2015 m. gegužės 5 d. įsakymu Nr. TP-24 administracinė byla Nr. I-7-552/2015 ir administracinė byla Nr. eI-14-822/2015 sujungtos į vieną bylą, suteikiant jai numerį I-7-552/2015.

## II.

6. Seimo narių pareiškimas Nr. 1 grindžiamas šiais argumentais:

6.1. Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos (toliau – ir Konvencija, EŽTK) 14 straipsnyje, 12 protokole įtvirtintas diskriminacijos draudimas. Pagal Lietuvos Respublikos Konstituciją, riboti ūkinės veiklos laisvę galima, jeigu laikomasi šių sąlygų: tai daroma įstatymu, ribojimai yra būtini demokratiniame visuomenėje siekiant apsaugoti kitų asmenų teises ir laisves ir Konstitucijoje įtvirtintas vertybes, taip pat konstituciškai svarbius tikslus,

ribojimais nėra paneigiama teisių ir laisvių prigimtis bei esmė, yra laikomasi konstitucinio proporcingumo principo. Konkurencijos įstatymo 4 straipsnyje numatyta, kad valstybės valdymo ir savivaldos institucijos privalo užtikrinti sąžiningos konkurencijos laisvę. Viešojo administravimo subjektai privalo siekti sudaryti kuo palankesnes sąlygas ūkio subjektų veiksmingai konkurencijai.

6.2. Ginčijamais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais yra nustatoma nauja tam tikrų neurochirurgijos paslaugų teikimo tvarka Lietuvoje nuo 2015 metų. 2014 m. plano 2 punkte neurochirurgijos paslaugos apibrėžiamos, kaip asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pacientams, sergantiems centrinės nervų sistemos ir periferinių nervų ligomis, gydomomis chirurginiu būdu. Remiantis 2014 m. planu ir kitais teisės aktais, išskirtinos šios prekės (paslaugų) rinkos, kurioms daro įtaką skundžiami sveikatos apsaugos ministro įsakymai: (i) skubiosios neurochirurgijos pagalbos teikimas suaugusiesiems; (ii) planinės neurochirurgijos pagalbos suaugusiesiems; (iii) skubiosios neurochirurgijos pagalbos teikimas vaikams; (iv) planinės neurochirurgijos pagalbos teikimas vaikams; (v) retų neurochirurgijos ligų gydymo paslaugų teikimas. Pagal Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 38 straipsnio 1 dalį, apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu turi teisę įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka pasirinkti asmens sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria teritorinė ligonių kasa yra sudariusi sutartį, ir gauti privalomojo sveikatos draudimo garantuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Ši nuostata užtikrina asmenų, turinčių teisę gauti neurochirurgijos paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto, galimybę šias paslaugas gauti visoje Lietuvos Respublikos teritorijoje, nepriklausomai nuo paciento gyvenamosios vietos ar nepriklausomai nuo sveikatos priežiūros įstaigos buvimo vietos. Atsižvelgiant į tai, geografinė teritorija, kurioje ūkio subjektai gali konkuruoti teikdami nagrinėjamas paslaugas, yra Lietuvos Respublikos teritorija. Net ir apibrėžus prekės (paslaugų) rinką siauriau ar plačiau negu siūloma, Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio pažeidimo kvalifikavimas dėl to nesikeistų, nes bet kuriuo atveju yra asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ir SPI), kurios teikia ar gali teikti iš esmės tokias pačias neurochirurgijos paslaugas toje pačioje geografinėje teritorijoje. Išskirti atskiras prekės (paslaugų) rinkas pagal neurochirurgijos paslaugų apmokėjimo tvarką nėra reikalinga. Ginčijami sveikatos apsaugos ministro įsakymai yra skirti reguliuoti paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – ir PSDF) biudžeto, teikimą. Ginčijami įsakymai turės įtakos būtent iš PSDF biudžeto finansuojamų neurochirurgijos paslaugų teikimui, remiantis sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 13 d įsakymo Nr. V-488 „Dėl stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašo“ 4 punktu, pagal kurį suteiktos stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra apmokamos iš PSDF biudžeto, jeigu pacientui diagnozuojama liga, atitinkanti specialiuosiuose paslaugų teikimo reikalavimuose nurodytą TLK-10 ligos kodą, ligos pavadinimą bei papildomas sąlygas. Specialiuosius stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų neurochirurgijos paslaugų teikimo reikalavimus ir neurochirurgijos ligų sąrašą nustato ginčijamas sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-676, o sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 677 teisę gydyti atskiras neurochirurgines ligas priskiria konkrečioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms. Taigi sveikatos apsaugos ministro įsakymai per paslaugų institucionalizavimą, sąlygoja, kad tik konkrečios asmens sveikatos priežiūros įstaigos galės teikti iš PSDF biudžeto apmokamas neurochirurgijos paslaugas. Nagrinėjamų atitinkamų rinkų dalyviais, tarpusavyje konkuruojančiais ar galinčiais konkuruoti dėl atitinkamų iš PSDF apmokamų neurochirurgijos paslaugų teikimo, laikytinos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurios teikia arba gali teikti tokias pačias neurochirurgijos paslaugas.

6.3. Ginčijami sveikatos apsaugos ministro įsakymai numato, kad skubiosios neurochirurgijos paslaugos bus teikiamos Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio neurochirurgijos centruose, t. y. VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose, Kauno klinikose, VšĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje, VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje. Planinė neurochirurgijos pagalba suaugusiesiems pasiskirsto taip: visuose neurochirurgijos centruose būtų teikiamos paslaugos, priskiriamos Neurochirurgijai II A, Neurochirurgijai II B ir Neurochirurgijai

III A. Neurochirurgijos III B paslaugos būtų teikiamos trijuose universitetiniuose neurochirurgijos centruose: VšĮ Respublikonėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje, VšĮ Vilniaus Universiteto ligoninės Santariškių klinikose ir Kauno klinikose. Neurochirurgijos III C paslaugos planuojamos teikti vieninteliame centre – Kauno klinikose. Tik šiose klinikose taip pat būtų atliekamos ACHI Sisteminio intervencijų sąrašo intervencijos. Be to, 2014 m. plane numatyta, kad teikiant skubią neurochirurgijos pagalbą vaikams, jie greitosios medicinos pagalbos mediko sprendimu būtų vežami į artimiausią asmens sveikatos priežiūros įstaigą, galinčią suteikti reanimacijos intensyvios terapijos bei neurochirurgijos paslaugas, o stabilizavus būklę, pacientai su sudėtingesne kraujagyslių patologija skubiai būtų perkelti į Kauno klinikas. Visos planinės vaikų neurochirurgijos paslaugos būtų teikiamos tik Kauno klinikose. Remiantis sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-677, įkuriamas vienintelis Lietuvoje Retų neurochirurgijos ligų centras. Tai reiškia, kad visos retos neurochirurginės ligos bus gydomos tik Kauno klinikose. Kitaip tariant, sveikatos apsaugos ministro įsakymai nustato, kad tam tikras neurochirurgijos paslaugas galės teikti tik tam tikros konkrečios asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Dėl tokio teisinio reguliavimo didelė dalis neurochirurgijos paslaugų bus teikiama tik Kauno klinikose, o Vilniaus, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio neurochirurgijos centrų veikia bus ženkliai apribota. Pacientai taip pat bus priversti dėl didžiosios dalies neurochirurgijos paslaugų kreiptis tik į vienintelį neurochirurgijos centrą, nepriklausomai nuo to centro teikiamų paslaugų kokybės. Toks teisinis reguliavimas yra diskriminacinis, nes asmens sveikatos priežiūros įstaiga, atitinkanti visus paslaugų teikimo reikalavimus ir turinti licenciją, netenka teisės tokias paslaugas teikti. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas yra nustatomas instituciškai ir nepriklauso nuo neurochirurgijos paslaugų teikimo kokybės rodiklių. Tokiu būdu iš kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų yra atimama galimybė konkuruoti su analogiškas paslaugas teikiančiomis Kauno klinikomis. Tokia situacija vertintina kaip konkurencijos atitinkamų neurochirurgijos paslaugų teikimo rinkose ribojimas, be kita ko, ribojantis ir pacientų galimybes įgyvendinti teisę pasirinkti, kokių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis neurochirurgijos paslaugomis naudotis. Ginčijami sveikatos apsaugos ministro įsakymai gali trukdyti ir privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kurios gali teikti iš PSDF biudžeto apmokamas neurochirurgijos paslaugas, veiklai. Atsižvelgiant į tai, kokie minimalieji reikalavimai neurochirurgijos paslaugų teikimui yra nustatomi įsakyme Nr. V-676, tikėtina, kad nei viena privati asmens sveikatos priežiūros įstaiga negalės turėti neurochirurgijos skyriaus, nes Lietuvoje nėra tiek už šias paslaugas galinčių mokėti pacientų, kad atsipirktų investicijos į minimaliuosius reikalavimus atitinkančią aparatūrą. Sveikatos apsaugos ministro įsakymų pagrindu Kauno klinikos įgis išimtines teises teikti skubią ir planinę neurochirurgijos pagalbą vaikams, retų neurochirurgijos ligų gydymo paslaugas, taip pat pagrindinę planinę neurochirurgijos pagalbą suaugusiesiems, kitoms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms nepaliekant galimybių konkuruoti su Kauno klinikomis dėl šių paslaugų teikimo. Išimtines teises gavusios Kauno klinikos iš viso nesusiduria su konkurencija atitinkamose neurochirurgijos paslaugų rinkose. Taip Kauno klinikoms yra suteikiama akivaizdi privilegija. Neribojančių konkurencijos sąlygų sudarymas aptariamų įstaigų veiklai padeda užtikrinti tinkamą paslaugų teikimą pacientams.

6.4. Įstatymuose nėra imperatyvių nuostatų, įpareigojančių sveikatos apsaugos ministro patvirtinti tokį neurochirurgijos paslaugų optimizavimo planą, koks yra patvirtintas nagrinėjamu atveju. Iš pačių sveikatos apsaugos ministro įsakymų turinio matyti, kad jie nėra kildinami iš jokio įstatymo ta apimtimi, kuria yra ribojama asmens sveikatos priežiūros įstaigų konkurencija. sveikatos apsaugos ministro įsakymų įvadinėse dalyse daroma nuoroda į Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 10 straipsnio 6 punktą, numatantį, kad „Sveikatos apsaugos ministerija nustato sveikatos priežiūros tinkamumo ir priimtimumo reikalavimus“, tačiau tokia nuostata nepateisina konkurencijos sąlygų ribojimų.

6.5. Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalis nustato, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 4 straipsnyje numatyta, kad pacientas teisės aktų nustatyta tvarka turi teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą (1 d.); pacientas turi teisę pasirinkti sveikatos priežiūros specialistą. Sveikatos priežiūros specialisto pasirinkimo tvarką nustato sveikatos priežiūros įstaigos

vadovas (2 d.). Į Kauno klinikas nukreipiamų neurochirurgijos paslaugų skaičius sudarys apie 30–35 proc. visų Lietuvoje atliekamų didžiųjų operacijų. Apytiksliai po 1 000 pacientų kasmet būtų priversti vykti gydytis į Kauno klinikas, apie 3 000 pacientų per metus vien iš VŠĮ Klaipėdos universitetinės ligoninės turėtų būti pervežami neurochirurginėms operacijoms į Kauną, nors VŠĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė turi ir tam reikiamą techniką bei kvalifikuotus specialistus. Taigi neurochirurgijos paslaugų siekiantys pacientai (suaugę ir vaikai) iš esmės nebegalės laisvai pasirinkti, kurioje iš Lietuvoje veikiančių neurochirurgijos paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų jie norės gydytis. Tai akivaizdžiai pablogins neurochirurginės pagalbos prieinamumą Lietuvos Rytų –Šiaurės– Vakarų sričių gyventojams. Be to, priverstinis neurochirurgijos paslaugų nukreipimas į Kauną ženkliai padidins laiko ir lėšų sąnaudas, atims įstatyme įteisintą teisę pasirinkti gydymo įstaigą, uždels gydymą bei sukels pacientų ir jų artimųjų nepasitenkinimą.

6.6. Sveikatos apsaugos ministro įsakymai prieštarauja ir Visuotinės žmogaus teisių deklaracijos 25 straipsniui, kuriame numatyta, kad kiekvienas asmuo, be kita ko, turi teisę į savo ir savo šeimos sveikatai ir gerovei pakankamą gyvenimo lygį bei sveikatos priežiūrą; Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 12 straipsniui, nustatančiam, kad valstybės, šio Pakto Šalys, pripažįsta kiekvieno žmogaus teisę turėti kuo geriausią fizinę ir psichinę sveikatą; Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 35 straipsniui, įtvirtinančiam, kad kiekvienas turi teisę į profilaktinę sveikatos priežiūrą ir teisę į gydymą nacionalinių teisės aktų ir praktikos nustatyta tvarka. Apibrėžiant ir vykdant visą Sąjungos politiką ir veiklą, užtikrinamas aukštas žmonių sveikatos apsaugos lygis. Sveikatos sistemos įstatymo preambulėje konstatuota, kad Lietuvos Respublikos Seimas pripažįsta, jog gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė ir kad kuo geresnė visuomenės sveikata yra būtina Lietuvos valstybės saugumo ir klestėjimo bei atviros, teisingos ir darnios pilietinės visuomenės kūrimo prielaida, taip pat siekia užtikrinti prigimtine žmogaus teisę turėti kuo geresnę sveikatą. To paties įstatymo 5 straipsnis nustato principus, kurie reguliuoja sveikatinimo veiklą, taip pat asmens, visuomenės sveikatos bei valstybės interesų derinimo principą, asmens teisių turėti kuo geresnę sveikatą lygybės principą, asmens laisvės pasirinkti kuo geresnės sveikatos sąlygas principą bei asmens sveikatos priežiūros priimtumo, prieinamumo ir tinkamumo principus. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 straipsnis, be kita ko, nustato, kad pacientas turi teisę į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos apsaugos ministro įsakymais nuo 2015 m. sausio 1 d. uždraudžiama Vilniuje, Klaipėdoje, Panevėžyje ir Šiauliuose teikti didžiąją dalį neurochirurginių paslaugų, kurios sėkmingai šiuose centruose teiktos, juose yra pilnai sukomplektuotos gydymui reikalingos šiuolaikiškos kokybiškos technologijos, yra įdarbinti aukštos kvalifikacijos specialistai neurochirurgai. Esami resursai nereikalauja didelių papildomų investicijų artimoje ateityje. Tuo tarpu redukavus pacientų srautus šiuose keturiuose centruose, turima brangi neurochirurginė įranga nebūtų efektyviai išnaudojama, o didžioji dalis neurochirurgų netektų darbo. Be to, neurochirurgai, ir toliau dirbantys Vilniuje, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje, tačiau operuojantys žymiai rečiau ir paprastesniais planinių operacijų atvejais, negalėdami operuoti kasdieninės neurochirurgijos patologijos, dequalifikuotąsi arba pakeistų darbo vietą į Kauno arba užsienio klinikas. Dirbtinai sukongravus neurochirurgijos paslaugas konkrečiame medicinos centre, kitos asmens sveikatos įstaigos negalėtų tikėtis nei moderniausios įrangos, nei kompetentingiausių specialistų, nors kartu tos pačios įstaigos turėtų teikti skubią neurochirurginę pagalbą. Visa tai, tikėtina, neigiamai paveiktų paslaugų kokybę. Taip pat bus rizikuojama paciento sveikata ir galbūt net gyvybe. Paskyrus planinę operaciją, pacientus teks transportuoti į kitą miestą. 2013 m. VŠĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje buvo atlikta 850 didžiųjų neurochirurginių operacijų, o iš viso per metus VŠĮ Klaipėdos universitetinės ligoninės neurochirurgai atlieka virš 1 000 neurochirurginių operacijų. Neurochirurginę pagalbą teikiant tik Kaune, pacientai neteks galimybės gauti kito specialisto nuomonę, kadangi toje pačioje gydymo įstaigoje dirbantys medikai vengs situacijų, kai kito specialisto nuomonė nesutaps su pirmine išvada, ypač jei tokius medikus sieja pavaldumo ar akademiniai santykiai. Tokiu būdu ilgainiui ir Kaune praktikuojantys neurochirurgai liausis tobulėti.

6.7. Konstitucijos 40 straipsnio 3 dalis numato, kad aukštosios mokykloms suteikiama autonomija. Vilniaus universiteto statute pažymima, kad Vilniaus universitetas – tai autonominė, Lietuvos Respublikos įstatymu apibrėžta mokslo ir mokymo institucija, kurios universiteto ligoninėse teikiamos visų lygių sveikatos priežiūros paslaugos ir vykdomos visų pakopų medicinos ir sveikatos studijos, atliekami moksliniai tyrimai, keliama sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacija. Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Neurologijos ir neurochirurgijos klinikoje vykdoma klinikinė neurochirurgijos veikla, mokomi studentai, ruošiami rezidentai, vykdomos podiplominės studijos, vyksta mokslo tiriamieji darbai. Sveikatos apsaugos ministro įsakymai ženkliai riboja klinikinę, kartu ir mokslo bei pedagoginę veiklą neurochirurgijos srityje. Vilniaus universiteto Medicinos fakultete taps neįmanoma kokybiškai mokyti studentus, ruošti rezidentus bei tęsti podiplomines studijas. Užkertamas kelias mokslo progresui, ženkliai nukenčia kitų medicinos specialybių studijų, mokymo ir mokslo kokybė.

6.8. Visuotinės žmogaus teisių deklaracijos 23 straipsnis apibrėžia, kad kiekvienas asmuo turi teisę į darbą ir laisvą darbo pasirinkimą. Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 8 straipsnyje nustatyta, kad valstybės, šio Pakto Šalys, pripažįsta teisę į darbą, apimančią kiekvieno žmogaus teisę gauti galimybę užsidirbti pragyvenimui darbu, kurį jis laisvai pasirenka arba kurį dirbti jis laisvai sutinka, ir imasi reikiamų priemonių šiai teisei apsaugoti. Teisę į darbą bei laisvai pasirinktą profesiją garantuoja ir Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 23 straipsnis. Konstitucijos 48 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad kiekvienas žmogus gali laisvai pasirinkti darbą bei verslą ir turi teisę turėti tinkamas, saugias ir sveikas darbo sąlygas, gauti teisingą apmokėjimą už darbą ir socialinę apsaugą nedarbo atveju. Darbo kodekso 2 straipsnio 1 dalies 2 punktas įtvirtina laisvės pasirinkti darbą principą. 2014 m. plano 12–17 punktuose nustatytas reguliavimas, kurio pagrindu medicinos studijas Lietuvos ar užsienio universitetuose baigę ir neurochirurgų kvalifikaciją turintys asmenys pagal specialybę pilna apimtimi galėtų dirbti tik Kauno klinikose. Kauno klinikose šiuo metu nėra jaučiamas neurochirurgų stygius, todėl laisvų darbo vietų kitiems Lietuvoje esantiems ir kituose miestuose praktikavusiems neurochirurgams nėra. Be to, net ir nusprendus įdarbinti naujus neurochirurgus, naujai priimamų specialistų skaičius bus gerokai mažesnis nei kituose Lietuvos miestuose. Medicinos studijas pabaigę jauni specialistai taip pat nenorės dirbti Vilniuje, Klaipėdoje, Panevėžyje ar Šiauliuose, kadangi šiuose miestuose jie neturės teisės atlikti rezidentūros studijų metu išmoktų ir specialisto neurochirurgo normoje bei licencijoje įteisintų intervencijų. Kita vertus, nauji specialistai, žinodami, kad vienintelė galima darbo vieta neurochirurgams, kurioje jie galėtų praktikuoti neurochirurgiją ir tobulėti šioje srityje, yra Kauno klinikos, kuri naujų darbuotojų nepriima, taip pat vengs rinktis neurochirurgų specialybę. Taigi sveikatos apsaugos ministro įsakymais sukurama situacija, kai šiuo metu neurochirurgų kvalifikaciją turintiems asmenims nėra suteikiama laisvė pasirinkti darbą.

6.9. Teisėkūros pagrindų įstatymo 3 straipsnis nustato, kad teisėkūroje vadovaujamosi *inter alia* tikslingumo, proporcingumo, pagarbos asmens teisėms ir laisvėms, atvirumo, skaidrumo, efektyvumo ir aiškumo principais. Sveikatos apsaugos ministro įsakymai pažeidžia visus šiuos principus. Teisėkūros pagrindų įstatymo 7 straipsnyje įtvirtintas konsultavimasis su visuomene, priimant teisės aktą, kurio tikslas – užtikrinti teisėkūros atvirumą, skaidrumą, sužinoti visuomenės nuomonę apie teisinio reguliavimo problemas ir galimus jų sprendimo būdus, sudaryti visuomenei galimybę daryti įtaką rengiamo teisės akto projekto turiniui. Darbo grupės posėdžiuose nesudarytos galimybės išsakyti nuomonių Lietuvos neurochirurgų draugijos atstovams, darbo grupė nebaisė savo veiklos, nepateikė galutinių išvadų sveikatos apsaugos ministrui. Nebuvo atsižvelgta į tai, kad visų Lietuvos miestų, išskyrus Kauno, medikai pasisakė prieš sveikatos apsaugos ministro įsakymų projektus. Nebuvo atlikti poveikio vertinimai ir išanalizuotos alternatyvios galimybės, galinčios pasiekti keltus tikslus, t. y. užtikrinti kokybę, teikiant neurochirurgijos paslaugas. Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto 2014 m. liepos 16 d. sprendime Nr. 111-8-21 „Dėl neurochirurgijos paslaugų organizavimo“ nurodyta, kad priimant sveikatos apsaugos ministro įsakymus, buvo pažeisti teisėkūros principai ir neatsižvelgta į suinteresuotų asmenų – Lietuvos neurochirurgų – bei visuomenės nuomonę. Be to, Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros

veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. rugpjūčio 25 d. rašte Nr. 02-10953-(111) „Dėl neurochirurgijos paslaugų teisinio reguliavimo įvertinimo“ nurodyta, kad būtų tikslinga iš esmės peržiūrėti sveikatos apsaugos ministro įsakymą dėl neurochirurgijos paslaugų optimizavimo plano patvirtinimo turinį, atsisakant nuostatų, kurios asmens sveikatos priežiūros įstaigų organizavimą sieja su licencijavimu ir per tai instituciškai nustato, kad tam tikras paslaugas gali teikti tik tam tikros konkrečios įstaigos.

### III.

7. Rengiant norminę administracinę bylą nagrinėti Lietuvos vyriausiajame administraciniame teisme, gautas atsakovo, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, atsiliepimas į pareiškimą Nr. 1.

8. Atsakovas nurodo, kad su Seimo narių pareiškimu nesutinka ir prašo jį atmesti. Atsiliepimas grindžiamas šiais argumentais:

8.1. Ginčijamo teisinio reguliavimo atitiktis Konstitucijos 46 straipsniui turi būti vertinama sistemiškai su Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalimi, kurioje numatyta, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, o įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką.

8.2. Iki sveikatos apsaugos ministro įsakymų priėmimo privataus kapitalo asmens sveikatos priežiūros įstaigos sudėtingų, profesinės patirties, daug materialinių ir žmogiškųjų išteklių reikalaujančių neurochirurgijos paslaugų taip pat neteikė. Visi sveikatos apsaugos ministro įsakymais nustatyti reikalavimai neurochirurgijos paslaugų teikimui, įskaitant ir tam tikros medicininės aparatūros turėjimą, galioja visoms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos, ir yra skirti užtikrinti kokybiškas, saugias asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, o ne tam, kad būtų užtikrintas investicijų atsipirkimas ar paslaugų pelningumas. Paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto apimtis lemia šių paslaugų poreikis ir riboti valstybės finansiniai ištekliai.

8.3. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-677 patvirtintas 2014 m. planas buvo pripažintas netekęs galios. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-95 buvo nustatyti ne minimalieji reikalavimai, kaip nurodo pareiškėjai, o tiesiog reikalavimai neurochirurgijos padaliniui. Šie reikalavimai įsigalios 2017 m. sausio 1 d. Nei viename iš įsakymų nėra ribojama įstaigų teisė ateityje teikti neurochirurgijos paslaugas, jei tik įstaiga turi paslaugoms teikti būtiną teisės aktuose nustatyta tvarka išduotą licenciją.

8.4. Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 dalyje numatyta, kad tretinę asmens sveikatos priežiūrą organizuoja Sveikatos apsaugos ministerija. Ministerija taip pat nustato tretinės asmens sveikatos priežiūros mastą. Pareiškėjų skundžiamos sveikatos apsaugos ministro įsakymų nuostatos tiesiogiai susijusios su tretine sveikatos priežiūra – tretinio lygio neurochirurgijos paslaugomis, t. y. jų dalimi – neurochirurgijos paslaugomis IIIB ir IIIC. 2014 m. plano dalyku iš esmės buvo tik retos ligos ir labai retos ligos, todėl pareiškėjų nurodytas „paslaugų rinkos“ skirstymas į penkias kategorijas yra subjektyvus ir klaidinantis. Kriterijus išskirti labai retas ligas – šių ligų skaičius. Lietuvoje pasitaiko 5–20 atvejų dėl mažos Lietuvos gyventojų populiacijos. Išskaidant labai retų ligų gydymą po visas Lietuvos gydymo įstaigas, nebūtų užtikrintas reikiamas tokių retų ligų gydymo lygis, nes niekas neturėtų pakankamai patirties.

8.5. Įstatymų leidėjas pavedė Sveikatos apsaugos ministerijai nustatyti sveikatos priežiūros sąlygomis užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, jų efektyvumą ir atitiktį besikeičiančiam ir sparčiai progresuojančiam medicinos mokslui bei medicinos etikos reikalavimams, paslaugos turi tenkinti įrodymais pagrįstos medicinos ir pasaulinės medicinos gerosios praktikos reikalavimus.

8.6. Sveikatos apsaugos ministerija kartu su Valstybine ligonių kasa (toliau – ir VLK) turi teisę nustatyti, kokios sveikatos priežiūros paslaugos yra būtinos, kad būtų užtikrinta Konstitucijoje įtvirtinta valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata. Sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio 6 dalies nuostata suteikia įgaliojimus Sveikatos apsaugos ministerijai nustatyti ne tik paslaugų



poreikį, bet ir iš PSDF biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, taip pat tvirtinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, bazinių kainų nustatymo metodiką bei šių paslaugų bazines kainas. Konstitucinis Teismas yra nurodęs, kad įstatymų leidėjui kyla pareiga nustatyti tokį sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo privalomojo sveikatos draudimo lėšomis teisinį reguliavimą, kuriuo būtų sudarytos prielaidos valstybei šį finansavimą planuoti. Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas (toliau – ir LVAT) 2009 m. birželio 25 d. nutartyje administracinėje byloje Nr. A<sup>822</sup>-762/2008 konstatavo, kad dėl ribotų sveikatos priežiūros paslaugoms skiriamų biudžeto išteklių apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekis tam tikru būdu turi būti ribojamas.

8.7. Neurochirurgijos paslaugos nėra prekės, o Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2006/123/EB dėl paslaugų vidaus rinkoje nėra taikoma sveikatos priežiūros paslaugoms. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – ir LNSS) įstaigose teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kaina ir kokybė yra ne sveikatos priežiūros įstaigų tarpusavio konkurencijos rezultatas, o norminiais teisės aktais nustatytos tvarkos įgyvendinimo rezultatas. Retų ir labai retų ligų gydymo atvejais „konkurencija“ galėtų būti labai ribota dėl mažo šių ligų skaičiaus.

8.8. Sveikatos apsaugos ministerija priėmė sprendimą suformuoti ir sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinti kriterijus sveikatos priežiūros įstaigai atrinkti bei, vadovaujantis šiais kriterijais, nustatyti, kurios universiteto ligoninės galėtų vykdyti Neurochirurgijos kompetencijos centro funkcijas bei pretenduoti įsilieti į ES referencinių centrų tinklą. Šie kriterijai buvo patvirtinti sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-75 „Dėl nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo patvirtinimo“.

8.9. Sveikatos apsaugos ministerijos sprendimas, kad turi būti įsteigtas Retų neurochirurgijos ligų centras, buvo priimtas, vadovaujantis Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsniu, kuris nustato, kad tretinę asmens sveikatos priežiūrą organizuoja Sveikatos apsaugos ministerija, tai pat Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2011/24/ES dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse (toliau – ir direktyva 2011/24/ES) 13 straipsnio nuostatomis ir atsižvelgiant į sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 18 d. įsakymu Nr. V-938 patvirtintą Nacionalinį veiklos, susijusios su retomis ligomis, planą. Kauno klinikose funkcionuoja retų neurochirurgijos ligų centras, į kurį įeina Neurochirurgijos klinika, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Neuromokslų institutas ir dar didžiulė multidisciplininė komanda iš gretimų specialybių. Per vienerius metus, remiantis VLK 2013 m. duomenimis, iš 2014 m. plano 15 punkte nurodytų chirurginių manipuliacijų Kauno klinikose buvo atlikta net 181, o visose kitose sveikatos priežiūros įstaigose kartu – tik 100. Tvirtinant 2014 m. planą, Kauno klinikų Neurochirurgijos klinikoje funkcionavo vieninteliai Lietuvoje aparatai.

8.10. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 4 straipsnyje įtvirtinta paciento teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą įgyvendinama įstatyme numatytais sąlygomis ir tvarka. Sveikatos priežiūros specialisto pasirinkimo tvarką nustato sveikatos priežiūros įstaigos vadovas. Be to, kaip nurodyta minėto įstatymo 4 straipsnio 3 dalyje, įgyvendinant teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, paciento teisė gauti nemokamą sveikatos priežiūrą teisės aktų nustatyta tvarka gali būti ribojama.

8.11. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. 676 patvirtinti stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų neurochirurgijos paslaugų specialieji reikalavimai. Įsakymas įgyvendina Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 10 straipsnio 6 punktą, kuriame numatyta, kad būtent Sveikatos apsaugos ministerija nustato sveikatos priežiūros paslaugų tinkamumo ir priimtumo reikalavimus. Kuo šie teisės aktuose nustatyta tvarka patvirtinti specialieji reikalavimai, kuriais siekiama užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę, galėtų prieštarauti Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymui ir Konstitucijai bei kitiems pareiškėjų nurodytiems teisės aktams, nėra aišku, pareiškėjai jokių argumentų dėl prieštaravimo nepateikia.

8.12. Sprendimas 2014 m. planu suformuoti neurochirurgines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų organizacinį tinklą buvo priimtas, įvertinus neurochirurgijos paslaugas Lietuvoje teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų sukauptus žmogiškuosius išteklius, turimą infrastruktūrą, atskirų įstaigų profesinę patirtį, įvertinus ribotus PSDF biudžeto išteklius ir planuojamas

investicijas. Pacientai tebeturi teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, tačiau gali tai padaryti teisės aktuose nustatyta tvarka. Asmenys, turintys teisę gauti nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas ir kuriems reikia skubių neurochirurgijos paslaugų, galės šias paslaugas gauti visose sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose neurochirurgijos paslaugas, o vaikų gydymo atvejais – sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose reanimacijos ir intensyvios terapijos bei neurochirurgijos paslaugas.

8.13. Klaidinančiais laikytini ir pareiškėjų teiginiai apie tai, kad priėmus sveikatos apsaugos ministro įsakymus, pacientai praranda galimybę į antro specialisto nuomonę, nes neurochirurgijos paslaugos ir toliau bus teikiamos visose LNSS sveikatos priežiūros įstaigose, kaip buvo teikiamos iki sveikatos apsaugos ministro įsakymų priėmimo.

8.14. 2014 m. planas nereglamentuoja, kad Vilniaus Universiteto ligoninėse nebebus teikiamos visų lygių neurochirurgijos sveikatos priežiūros paslaugos, todėl nėra aišku, kodėl negalės būti vykdomos visų pakopų medicinos ir sveikatos studijos ar tobulinami specialistai. Priešingai, koncentravus retų ir labai retų ligų gydymą, atsiras geresnės galimybės rengti tam tikrus retų ligų gydymo ciklus rezidentams. Vilniaus Universiteto ligoninė turi išduotą įstaigos veiklos licenciją teikti tretinio lygio neurochirurgijos paslaugas ir jas galės teikti ateityje, tačiau, įsigaliojus 2014 m. planui, galės gauti apmokėjimą iš PSDF biudžeto tik pagal 2014 m. plane nurodytą neurochirurgijos paslaugų teikimo modelį. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 10 straipsnyje numatyta, kad būtent Sveikatos apsaugos ministerija prognozuoja sveikatos priežiūros specialistų poreikį ir formuoja valstybės užsakymą rengti šiuos specialistus.

8.15. Pareiškėjų nurodomas teisinis reguliavimas neįtvirtina pareigos valstybei ar Sveikatos apsaugos ministerijai užtikrinti darbo vietą kiekvienam ne tik Lietuvoje, bet ir užsienyje medicinos studijas pabaigusiam darbingo amžiaus darbingam piliečiui. Taip pat nėra numatyta jokio įpareigojimo sukurti tokias darbo vietas skirtinguose šalies regionuose. Naujų darbo vietų kūrimas ar esamų darbo vietų papildomas rėmimas, siekiant išvengti bedarbystės Lietuvoje, nepatenka į Sveikatos apsaugos ministerijos kompetenciją.

8.16. Pažeidimas galėtų būti konstatuotas tik tuo atveju, jei sveikatos apsaugos ministro įsakymai būtų priimti, pažeidžiant Teisėkūros pagrindų įstatyme reglamentuotas teisėkūros stadijas ir viršijant Sveikatos apsaugos ministerijai suteiktas teises ar nevykdant savo, kaip viešojo administravimo subjekto, pareiškusio teisėkūros iniciatyvą, rengiančio ir priimančio teisės aktą, pareigų. Teisėkūros pagrindų įstatymo 4 straipsnio 1 dalyje yra reglamentuotos teisėkūros stadijos, tarp kurių tokios stadijos, kaip „konsultavimasis su visuomene“, nėra. 2014 m. plano projekto parengimui sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 10 d. įsakymu Nr. V-216 buvo sudaryta ir dirbo darbo grupė. Darbo grupė buvo sudaryta ne tik iš Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos, VLK atstovų, bet ir iš Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Panevėžio ir Šiaulių kraštų neurochirurgijos paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų atstovų. Darbo grupei buvo nustatytas terminas parengti teisės akto projektą iki 2014 m. kovo 31 d., darbo grupės veiklos terminas nebuvo pratęstas, todėl nėra aiški pareiškėjų pozicija, kad projektas buvo patvirtintas, darbo grupei nebaigus veiklos. Darbo grupė per jai nustatytą terminą, iki 2014 m. kovo 31 d., užduoties parengti teisės akto projektą neįvykdė. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinto 2014 m. plano projektas buvo svarstytas Sveikatos apsaugos ministerijos Kolegijoje dar iki darbo grupės sudarymo, t. y. 2013 m. gruodžio mėnesį. Sveikatos apsaugos ministerija reagavo ir reaguoja į argumentuotas pastabas, ir tai puikiai atspindi 2015 m. vasario 2 d. įsakymo Nr. V-95 priėmimas.

8.17. Teisėkūros pagrindų įstatymo 15 straipsnio 1 dalyje numatyta, kad numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimas privalo būti atliekamas tik tada, kai rengiamas teisės akto, kuriuo numatoma reglamentuoti iki tol nereglamentuotus santykius, taip pat kuriuo iš esmės keičiamas teisinis reguliavimas, projektas, o sprendimą dėl numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo priima teisės akto projekto rengėjas. Nagrinėjamu atveju sveikatos apsaugos ministro įsakymų reglamentavimo poveikis visuomenei, teikiamoms paslaugoms, pacientų srautams ir PSDF biudžetui buvo įvertintas, analizuojant VLK pateiktus duomenis apie praėjusiais periodais suteiktas neurochirurgijos paslaugas. Atsižvelgiant į tai, kad sveikatos apsaugos ministro įsakymais nebuvo

reglamentuoti nauji santykiai ir iš esmės nebuvo pakeistas galiojantis teisinis reglamentavimas, poveikio vertinimas nebuvo privalomas. VLK atliko analizę, kaip potencialiai galėtų pasiskirstyti pacientų srautai, pavyzdžiui, įgyvendinus 2014 m. plano 15 punktą, kad dalis neurochirurginių operacijų (51 ACHI kodas) būtų koncentruojamos Neurochirurgijos kompetencijos centre. Išanalizavus 2013 m. duomenis, nustatyta, kad šis 2014 m. plano punktas yra dėl iš viso 281 operacijų per metus, iš kurių Kauno klinikoms teko 181 atvejis (64,41 proc.), VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikoms – 2 atvejai (0,71 proc.), VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninei, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikoms – 3 atvejai (1,07 proc.), VšĮ Respublikinei Vilniaus universitetinei ligoninei – 60 atvejų (21,35 proc.), VšĮ Klaipėdos universitetinei ligoninei – 23 atvejai (8,19 proc.) ir kt. Akivaizdu, kad tai nėra nei naujas, nei iš esmės keičiantis galiojantį teisinį reguliavimą reglamentavimas.

#### IV.

9. Rengiant norminę administracinę bylą nagrinėti Lietuvos vyriausiajame administraciniame teisme, taip pat gautos suinteresuotų asmenų, Lietuvos neurochirurgų draugijos, Lietuvos pacientų organizacijų atstovų tarybos ir Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos, nuomonės dėl pareiškimo Nr. 1.

10. Lietuvos neurochirurgų draugija sutinka su Seimo narių pareiškimu Nr. 1 ir nurodo, jog nepripažinus ginčijamų įsakymų negaliojančiais nuo priėmimo dienos, gali būti padaryta esminė žala Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų sistemai, pacientams, švietimo sistemai, pažeistas viešasis interesas. Ruošiant ir priimant įsakymus, į Lietuvos neurochirurgų draugijos ir jos narių žodžiu ar raštu pateiktas nuomones nebuvo atsižvelgta. Be to, pažeista Sveikatos apsaugos ministerijos ir Lietuvos neurochirurgų draugijos bendradarbiavimo sutartis Nr. S-250.

11. Lietuvos pacientų organizacijų atstovų tarybos nuomone, pareiškimas Nr. 1 iš esmės yra pagrįstas. Pateiktoje nuomonėje teigiama, kad ginčijamais įsakymais būtų nepagrįstai apribota Vilniaus, Klaipėdos, Panevėžio ir Šiaulių neurochirurgijos gydymo įstaigų veikla. Nėra jokio pagrindimo, kad neurochirurgijos paslaugas teikiančių įstaigų Lietuvoje yra per daug arba kad neurochirurgijos centrai atlieka tik po keletą operacijų per metus, dėl ko siekiant kaštų optimizavimo ir gydytojų nuolatinio tobulinimosi išlaikymo būtina siaurinti paslaugų teikėjų ratą ir pan. Taip pat pažeidžiama pacientų teisė gauti tik tinkamą ir efektyvų, t. y. kokybišką, gydymą, ar teisę rinktis gydymo įstaigą bei gydytoją, bet ir kelia riziką apskritai dėl gydymo prieinamumo. Pačių rečiausių ir (ar) sudėtingiausių neurochirurginių ligų gydymas galėtų būti koncentruojamas viename ar dviejuose centruose, tačiau ginčijamuose įsakymuose numatyta tvarka ne tik kad siekia ne šio tikslo, bet ir sukelia daug neigiamų pasekmių. Jeigu bus paliktos Klaipėdoje, Šiauliuose ar Panevėžyje tik galvos traumų operacijos, didelę patirtį turintys neurochirurgai praras kvalifikaciją ir (arba) dalis apskritai neteks darbo. Taip pat pablogės aptariamų medicinos paslaugų prieinamumas pacientams. Kokybiška sveikatos priežiūra – tai prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami.

12. Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba savo nuomonėje paaiškino, kad pacientams teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, įskaitant ir neurochirurgines paslaugas, yra atlygintinos (už jas susimoka pacientai tiesiogiai arba jos gali būti apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų), todėl tokios paslaugos laikytinos ūkine veikla, o jas teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos – ūkio subjektais Konkurencijos įstatymo prasme. Sveikatos priežiūros įstaigos, kurios teikia ar gali teikti tokias pačias neurochirurgines paslaugas, gali būti laikomos veikiančiomis toje pačioje atitinkamoje rinkoje, į kurią patenka nagrinėjamos konkrečios paslaugos. Turėtų būti atkreipiamas dėmesys į su nagrinėjamų įstaigų valdymu susijusias aplinkybes. Atsižvelgiant į Sveikatos sistemos įstatymo 8, 12, 62 straipsnius, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 28 straipsnio nuostatas,

manytina, kad vienašališkai spręsti dėl teikiamų paslaugų masto Sveikatos apsaugos ministerija gali tik jai pavaldžiose Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigose. LNNS priklauso ar gali priklausyti ne tik Sveikatos apsaugos ministerijos įsteigtos sveikatos priežiūros įstaigos. Be to, ir 2014 m. planas susijęs su tokiais sveikatos priežiūros įstaigomis, kurių valdyje dalyvauja ar gali dalyvauti ir kiti asmenys (pavyzdžiui, universitetai, savivaldybės). Nustačius, kad 2014 m. planas paskirsto konkrečias neurochirurgines paslaugas tarp konkrečių sveikatos priežiūros įstaigų, kurios sprendimus dėl savo ūkinės veiklos teikiant konkrečias neurochirurgines paslaugas priima ar gali priimti savarankiškai, būtų pagrindas išvadai, kad šis planas gali sudaryti skirtingas konkurencijos sąlygas tarp savarankiškų ūkio subjektų tarpusavyje konkuruojančių ar galinčių konkuruoti dėl atitinkamų iš PSDF biudžeto apmokamų neurochirurginių paslaugų teikimo Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio prasme. Atsižvelgiant į Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 5 straipsnio 1 dalį, darytina išvada, kad sveikatos priežiūros įstaigos, įskaitant ir privačias sveikatos priežiūros įstaigas, turinčios licenciją neurochirurgijos paslaugoms teikti bei atitinkančios specialiuosius reikalavimus, turi teisę teikti minėtas paslaugas. Be to, privačios sveikatos priežiūros įstaigos, sudariusios sutartis su teritorine ligonių kasa dėl sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto, kaip ir valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos, yra laikomos LNNS vykdomaisiais subjektais. Taigi tiek privačios, tiek valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos gali konkuruoti tarpusavyje. Jei nepaisant to, kad privačios sveikatos priežiūros įstaigos atitiktų teisės aktų reikalavimus ir galėtų teikti neurochirurgijos paslaugas, tačiau vien dėl to, kad nebūtų nurodytos 2014 m. plane, negalėtų teikti savo paslaugų pacientams ir atitinkamai gauti atlyginimą už tai iš PSDF biudžeto, tai gali būti laikoma reikšmingu konkurencijos apribojimu. Toks kokybiniais ar kitais objektyviai pritaikomais kriterijais nepagrįstas reguliavimas gali reikšti, kad vienoms sveikatos priežiūros įstaigoms yra sudaromos palankesnės galimybės teikti savo paslaugas privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiems pacientams ir už suteiktas paslaugas gauti atlyginimą iš PSDF biudžeto. Atitinkamai kitoms tokios galimybės ribojamos ar atimamos. Iš sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reglamentuojančių įstatymų nuostatų neseka pareiga Sveikatos apsaugos ministerijai konkrečias sveikatos priežiūros paslaugas (šiuo atveju – neurochirurgines paslaugas) paskirstyti tarp konkrečių sveikatos priežiūros įstaigų iš anksto nustatant, kurios sveikatos priežiūros įstaigos, kokias konkrečias paslaugas gali teikti. Be to, ir 2014 m. plano 1 punkte nurodyti šiuo planu siejami tikslai savaime nesudaro pagrindo išvadai, kad jie gali pateisinti konkurencijos tarp sveikatos priežiūros ribojimą. Taip pat nėra pagrindo išvadai, kad tam tikrų neurochirurgijos paslaugų sutelkimas vienoje ar keliuose sveikatos priežiūros įstaigose yra efektyviausias būdas užtikrinti tinkamą paslaugų teikimą ir padėtų įgyvendinti aukščiau nurodytus tikslus. Konkurencijos ribojimai, net jei jie būtų įtvirtinti įstatymuose (o ne sveikatos apsaugos ministro įsakymais), turi būti pagrįsti ir proporcingi siekiamiems tikslams. Taigi turėtų būti įvertinta, ar prieš įtvirtinant ginčijamą teisinį reguliavimą, buvo atlikta atitinkama analizė, kuri pagrįstų, jog būtent išankstinis nagrinėjamų paslaugų paskirstymas tarp konkrečių sveikatos priežiūros įstaigų yra neišvengiamas ir neperteklinis būdas pasiekti nurodytų tikslų. Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos 2012 m. forumo „Konkurencija ligoninių paslaugose“ apibendrinime nurodyti empiriniai tyrimai, iš kurių matyti, kad ligoninių paslaugų rinkose, kuriose kainos yra reguliuojamos, konkurencija didina paslaugų kokybę. Kai pacientai tiesiogiai nemoka už suteiktas paslaugas, jų sprendimą rinktis konkrečią sveikatos priežiūros įstaigą taip pat lemia paslaugos kokybė. Minėtame apibendrinime pažymima, kad geografinis sveikatos priežiūros įstaigų išsidėstymas pacientams taip pat yra labai svarbus, atsižvelgiant tiek į transporto kaštus, tiek į norą gauti pageidaujamą paslaugą artimiausioje sveikatos priežiūros įstaigoje. Dėl 2014 m. plane nurodyto tikslo – racionalaus PSDF biudžeto lėšų panaudojimo, pažymima, kad paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų skaičius savaime nedaro įtakos PSDF lėšų, skirtų konkrečioms paslaugoms kompensuoti, dydžiui, nes tos pačios ribotos lėšos tarp konkrečių asmens sveikatos priežiūros teikiančių įstaigų būtų paskirstytos, atsižvelgus į pacientų realų poreikį ir pasirinkimą, kurios iš jų paslaugomis naudotis.

13. Seimo nariai, prašydami Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo patikrinti sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymo Nr. V-95 „Dėl Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020 metų plano patvirtinimo“ 3 punkto ir šiuo įsakymu patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020 metų plano 6, 7, 8, 12, 14–17, 25, 28, 33 punktų bei priedo Nr. 1, taip pat sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymo Nr. V-75 „Dėl nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo patvirtinimo“ (su 2015 m. kovo 23 d. pakeitimais ir papildymais) atitiktį aukštesnės galios teisės aktams, pareiškimą Nr. 2 grindžia iš esmės labai panašiais argumentais, kaip ir pareiškimą Nr. 1.

14. Kiek tai susiję su prieštaravimu Konstitucijos 46 straipsniui, Konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 14 straipsniui, pareiškime Nr. 2 cituojamos minėtų teisės aktų nuostatos, Konstitucijos 46 straipsnį ir Konkurencijos įstatymo 4 straipsnį aiškinanti oficiali konstitucinė doktrina (Konstitucinio Teismo 2004 m. sausio 26 d., 2009 m. kovo 2 d., 2009 m. balandžio 29 d., 2014 m. gegužės 9 d. ir kt. nutarimai), Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo praktika (2007 m. lapkričio 10 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. A<sup>2</sup>-32/2007, 2008 m. sausio 31 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A<sup>556</sup>-45/2008, 2010 m. gegužės 21 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A<sup>502</sup>-539/2010, 2011 m. sausio 17 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. A<sup>858</sup>-118/2011, 2012 m. gegužės 30 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. A<sup>858</sup>-1484/2012), Konkurencijos tarybos 2014 m. spalio 22 d. nutarimas Nr. 2S-10/2014. Pasak Seimo narių, 2015 m. planas ir kai kurie kiti teisės aktai išskiria neurochirurgijos paslaugas suaugusiesiems ir neurochirurgijos paslaugas vaikams, kurios tarpusavyje nėra pakeičiamos. Neurochirurgijos paslaugos suaugusiesiems ir vaikams toliau gali būti skirstomos į skubiąsias ir planines neurochirurgijos paslaugas, kurios taip pat nėra tarpusavyje pakeičiamos. 2015 m. plane, be to, išskiriamos retomis neurochirurgijos ligomis sergančių pacientų ir labai retomis neurochirurgijos ligomis sergančių pacientų sveikatos priežiūros paslaugos. Remiantis 2015 m. plano 7 punktu, reta neurochirurgijos liga – tai neurochirurgijos liga, kuria serga ne daugiau kaip 5 iš 10 000 žmonių Europos Sąjungoje ir kuri yra įtraukta į Retų ligų ir retųjų vaistų sąrašą, skelbiamą interneto ORPHANET portale ([www.orpha.net](http://www.orpha.net)), labai reta neurochirurgijos liga – tai neurochirurgijos liga, įtraukta į 2015 m. plano priede pateiktą „Labai retų neurochirurgijos ligų ir sudėtingų intervencijų kodų sąrašą“. Atsižvelgiant į tai, kad retų ir labai retų neurochirurgijos ligų gydymo paslaugų teikimui gali būti reikalingi skirtingi retieji vaistiniai preparatai, specialios žinios bei patirtis, laboratorinio ir instrumentinio ištyrimo infrastruktūra, ką rodo ir šių paslaugų priskyrimas 2015 m. plane skirtingoms sveikatos priežiūros įstaigoms, manytina, kad retų ir labai retų neurochirurginių ligų gydymo paslaugos galėtų sudaryti atskiras prekės (paslaugų) rinkas. Kaip ir pareiškime Nr. 1, Seimo nariai mano, jog išskirti prekės (paslaugų) rinkas pagal neurochirurgijos paslaugų apmokėjimo tvarką nėra tikslinga. Taigi sveikatos apsaugos ministro įsakymų atitikties Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams vertinimo tikslais atitinkamos rinkos gali būti apibrėžiamos kaip: (i) skubiųjų neurochirurgijos paslaugų teikimas retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems suaugusiesiems Lietuvos Respublikos teritorijoje; (ii) planinių neurochirurgijos paslaugų teikimas retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems suaugusiesiems Lietuvos Respublikos teritorijoje; (iii) planinių neurochirurgijos paslaugų teikimas labai retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems suaugusiesiems Lietuvos Respublikos teritorijoje; (iv) skubiųjų neurochirurgijos paslaugų teikimas retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems vaikams Lietuvos Respublikos teritorijoje; (v) planinių neurochirurgijos paslaugų teikimas vaikams Lietuvos Respublikos teritorijoje. Privačios sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios licenciją teikti neurochirurgijos paslaugas ir atitinkančios specialiuosius reikalavimus, taip pat turi teisę teikti minėtas paslaugas. Nagrinėjamų atitinkamų rinkų dalyviais, tarpusavyje konkuruojančiais ar galinčiais konkuruoti dėl atitinkamų iš PSDF apmokamų neurochirurgijos paslaugų teikimo, laikytinos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurios teikia arba gali teikti tokias pačias neurochirurgijos paslaugas. Privačios sveikatos priežiūros įstaigos, sudariusios sutartis su teritorine ligonių kasa dėl sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto, kaip ir valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos, yra laikomos

Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos vykdomaisiais subjektais. Taigi tiek valstybinės, tiek privačios sveikatos priežiūros įstaigos gali konkuruoti tarpusavyje dėl nagrinėjamų paslaugų teikimo, todėl laikytinos atitinkamų rinkų dalyviais.

15. Dėl sveikatos apsaugos ministro įsakyme Nr. V-95 numatytų pakeitimų pareiškime Nr. 2 teigiama, kad ginčijamais sveikatos apsaugos ministro įsakymais yra numatoma nuo 2015 m. balandžio 1 d. (išskyrus keletą pakeitimų, kurie įsigalioja vėliau) pakeisti šiuo metu galiojančią neurochirurgijos paslaugų teikimo tvarką Lietuvoje. Pagal 2015 m. planą, skubiosios neurochirurgijos paslaugos suaugusiesiems bus teikiamos kraštų neurochirurgijos centruose ir universitetiniuose neurochirurgijos centruose, o planinės neurochirurgijos paslaugos – Neurochirurgijos kompetencijos centre, kraštų neurochirurgijos centruose ir universitetiniuose neurochirurgijos centruose. Retomis neurochirurginėmis ligomis sergantys suaugusieji pacientai, suteikus jiems skubiąsias neurochirurgijos paslaugas ir įvertinus jų perkėlimo riziką, skubiai bus perkeliami į vieną iš trijų universitetinių neurochirurgijos centrų: VšĮ Respublikinę Vilniaus universitetinę ligoninę, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikas arba Kauno klinikas. Tik šiuose trijuose universitetiniuose neurochirurgijos centruose retomis neurochirurginėmis ligomis sergantiems suaugusiesiems pacientams bus teikiamos planinės neurochirurgijos paslaugos. Taigi retomis neurochirurgijos ligomis sergantys pacientai iš Panevėžio, Šiaulių ir Klaipėdos krašto (nors Klaipėdos ligoninė yra universitetinė, 2015 m. plane be jokių motyvų ji nepriskiriama prie universitetinių neurochirurgijos centrų) turės būti pradėti gydyti trijuose universitetiniuose neurochirurgijos centruose. Labai retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems suaugusiems pacientams planinės neurochirurgijos paslaugos planuojamos teikti (vieninteliame) Neurochirurgijos kompetencijos centre; tik šiame centre bus atliekamos sudėtingos sisteminės intervencijos. 2015 m. plane taip pat numatyta, kad teikiant skubiąsias neurochirurgijos paslaugas, vaikai bus vežami į asmens sveikatos priežiūros įstaigą, galinčią suteikti reanimacijos ir intensyviosios terapijos bei neurochirurgijos paslaugas. Vaikai, sergantys retomis neurochirurgijos ligomis, stabilizavus jų būklę bei įvertinus perkėlimo riziką, skubiai bus perkeliami į Neurochirurgijos kompetencijos centrą. Tuo tarpu visos planinės vaikų neurochirurgijos paslaugos (t. y. ne vien vaikų, sergančių retomis neurochirurgijos ligomis) bus teikiamos tik Neurochirurgijos kompetencijos centre. Remiantis 2015 m. planu, iki 2015 m. I ketvirčio pabaigos įkuriamas Neurochirurgijos kompetencijos centras, kuriame nuo jo įkūrimo dienos teikiamos planinės neurochirurgijos paslaugos vaikams, gydomos labai retos neurochirurginės ligos ir atliekamos sudėtingos intervencijos. Pagal sveikatos apsaugos ministro įsakymo Nr. V-75 nuostatas, iš kompetencijos centrų bus renkami nacionaliniai referencijos centrai. Atrodytų, kad kiekvienas universitetas galės turėti neribotą skaičių neurochirurgijos kompetencijos centrų, tačiau sisteminė įsakymo Nr. V-95 analizė leidžia daryti išvadą, jog Neurochirurgijos kompetencijos centras Lietuvoje bus tik vienas. Sveikatos apsaugos ministro įsakymų nuostatos taip pat gali sudaryti įspūdį, jog kompetencijos centrui nėra keliami jokie specifiniai reikalavimai, tačiau matyti, kad iš esmės kompetencijos centras turės atitikti nacionaliniam referencijos centrui keliamus reikalavimus. Tuo tarpu nacionaliniam referencijos centrui nustatyti kriterijai bei reikalavimai, kurie yra įtvirtinti sveikatos apsaugos ministro įsakyme Nr. V-75, iš esmės yra parengti išskirtinai Kauno klinikoms. Matyti, kad kriterijai buvo paruošti, atsižvelgus į Kauno klinikų turimus žmogiškuosius bei materialinius išteklius, publikacijų ir pacientų kiekius, taip siekiant sudaryti galimybes būtent Kauno klinikoms būti atrinktoms nacionaliniu referencijos centru. Tokiu būdu, nors 2014 m. planas buvo panaikintas, ir jį pakeitusiame 2015 m. plane retų ir labai retų neurochirurgijos ligų gydymas nebėra tiesiogiai siejamas su konkrečia sveikatos priežiūros įstaiga (t. y. Kauno klinikomis), *de facto* naujuoju sveikatos apsaugos ministro įsakymu pasiekiamas tas pats rezultatas. Atrankos aprašas numato, kad tuo atveju, jeigu bus keli pretendentai, atitinkantys nustatytus reikalavimus ir pageidaujantys tapti nacionaliniu referencijos centru, bus atliekamas jų palyginimas pagal šio aprašo 13 punkte nurodytus kriterijus. Pretendantas, surinkęs didesnę balų sumą, bus skiriamas nacionaliniu referencijos centru. Kauno klinikos yra didžiausia ligoninė, turinti daugiausia specialistų, pacientų, gausybę mokslinių publikacijų, todėl turi didesnę tikimybę, lyginant su kitomis sveikatos priežiūros įstaigomis, surinkti daugiau balų

pagal minėtus kriterijus. Abejonių kelia ir pačių kriterijų pagrįstumas, atsižvelgiant į tai, kad neurochirurgijos kompetencijos (referencijos) centro paskirtis yra užtikrinti labai retomis ir tam tikrais atvejais retomis neurochirurgijos ligomis sergančių pacientų gydymą, bet ne vykdyti mokslinę veiklą. 2015 m. plano 25 ir 28 punktuose įtvirtintas nepagrįstas privalomos aparatūros reikalavimas. Pagal šio plano 28 punktą, nuo 2017 m. sausio 1 d. retoms ligoms gydyti bus būtina intraoperacinė magnetinio rezonanso tomografija (toliau – IMRT). Tokia aparatūra šiuo metu yra tik Kauno klinikose, o kelių tokių aparatūrų įsigijimas Lietuvos mastu yra ekonomiškai nepagrįstas. Ši priemonė gali būti naudinga, tačiau tikrai nėra būtina.

16. 2015 m. plano priede pateiktame „Labai retų neurochirurgijos ligų ir sudėtingų intervencijų kodų sąrašė“ išvardinti neurochirurgijos ligų kodai pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą (Australijos modifikacija), sudėtingų sisteminių intervencijų (ACHI) kodai ir vaikų ligų pagal TLK-10-AM kodai. „Labai retos neurochirurginės ligos“ yra dirbtinė ir unikali 2015 m. plane įvesta kategorija, neegzistuojanti kitose šalyse bei neišskiriama šiuo metu jau panaikintame 2014 m. plane. Aiškių ir objektyvių kriterijų, kuriais vadovaujantis ligos priskiriamos labai retoms ligoms, nėra. Manytina, jog „labai retų neurochirurginių ligų“ kategorija buvo sukurta, vien siekiant sudaryti sąlygas šių ligų ir sudėtingų intervencijų sutelkimui vienoje sveikatos priežiūros įstaigoje (monopolizavimui). Šiame sąrašė nurodyti kodai apima ne tik labai retas ligas. Pastebėtina, kad iš sąrašė išvardytų 203 ypatingai retų ligų kodų tik 126 kodai (62,1%) yra įtraukti į ORPHANET retų ligų kodus, iš jų 42 (20,7%) koduose išskiriamos tik kai kurios šio kodo ligų grupės. Be to, retų ligų kategorijai priskiriami ir patys dažniausi gerybiniai smegenų dangalų navikai neurochirurgijoje (TLK-10-AM D32.0), kurių paplitimas pasaulyje yra 9,7:10 000 žmonių, ar Parkinsono ligos atvejai (ligos dažnis 81,8:10 000 žmonių), kurie pagal įsakymą Nr. V-95 nepriskirtini net retoms neurochirurgijos ligoms pagal apibrėžimą. Kitas pavyzdys – dažniausia vaikų neurochirurginė liga – hidrocefalija. Nesuprantama, kodėl 2015 m. plano priede pateikiami ir 51 sudėtingų intervencijų (ACHI) kodai. Tokiu būdu, vadovaujantis 2015 m. planu, net ir gydant „dažną“ neurochirurginę ligą, pacientą intervencijai reikėtų transportuoti į Neurochirurgijos kompetencijos centrą, nors dauguma šių intervencijų ir dabar atliekama keliuose neurochirurgijos centruose. Visiškai neaišku, kodėl visos planinės vaikų neurochirurgijos paslaugos yra koncentruojamos (viename) Neurochirurgijos kompetencijos centre. Tai neatitinka Neurochirurgijos kompetencijos centro paskirties, t. y. gydyti labai retas ir tam tikrais atvejais retas neurochirurgijos ligas. Tuo tarpu ne visos vaikų neurochirurgijos ligos yra retos arba labai retos. Įprastos, t. y. ne retos ar labai retos vaikų ligos ir operacijos sudaro net 55,19 proc. (85 atvejai) visų operacijų (154 atvejai 2014 metais).

17. Retos neurochirurginės ligos bus koncentruojamos trijuose universitetiniuose neurochirurgijos centruose. Vertinant neurochirurgijos specifiką, retoms ligoms pagal sergančiųjų skaičių galima priskirti absoliučią daugumą Lietuvos neurochirurgijos skyriuose gydomų ligų, pavyzdžiui, trauminių hematomų Lietuvoje 2012 metais išoperuota 745, 2013 m. – 769, atitinkamai 2,48 10 000 gyventojų 2012 metais ir 2,59 10 000 gyventojų 2013 metais. Pažymėtina, kad vidutinio sunkumo ir sunki galvos trauma yra priskiriama retoms ligoms ir ORPHANET portale (kodas OPRPHA90056). Vadovaujantis 2015 m. planu, kraštų neurochirurgijos (Klaipėdos, Panevėžio ir Šiaulių) centruose galima suteikti tik skubiąją pagalbą, o tolimesniam gydymui pacientas bus transportuojamas į universitetinius (Vilniaus ir Kauno) centrus. Paciento būklei stabilizuoti nėra būtinas neurochirurgijos skyrius, užtenka intensyvios terapijos – reanimacijos padalinio. Skubios medicininės pagalbos reikalaujančios neurochirurginės ligos, kurios turi ORPHANET kodus, taigi priskiriamos retoms ligoms, ir kurios turės didelę įtaką visai neurochirurgijos tarnybos veiklai Lietuvoje: 1) vidutinio sunkumo ir sunki galvos smegenų trauma, kodas ORPHA90056; 2) nugaros smegenų trauma, kodas ORPHA90058; 3) įgytas aneurizminis subarahnoidinis pakraujavimas, kodas ORPHA90056. Planine tvarka gydomos neurochirurginės ligos, turinčios ORPHANET kodus, taigi priskiriamos retoms ligoms, ir kurios turėtų būti gydomos universitetiniuose neurochirurgijos centruose: 1) didelio piktybiškumo laipsnio astrocitoma, kodas ORPHA251561 – pats dažniausias (naujų atvejų skaičius per metus svyruoja 9-10:100 000 gyventojų) pirminis piktybinis galvos navikas; 2) glialinis navikas (glioma), kodas ORPHA182067

– apima pačius dažniausius (paplitimas pagal ORPHANET - 1-5:10000) tiek piktybinius, tiek gėrybinius pirminius galvos smegenų navikus; 3) normalaus spaudimo hidrocefalija, lėtinė suaugusiųjų hidrocefalija, kodas ORPHA314928 – visiškai standartinė („rezidentinė“) operacija (paplitimas pagal ORPHANET - 1-5:10000, literatūroje - 21.9:10000); 4) arachnoidinė cista, kodas ORPHA2356 – dažniausiai neoperuojama patologija, tačiau konsultacijose pasitaiko pakankamai dažnai (paplitimas pagal literatūrą – apie 150:10000). Atsižvelgiant į nurodytas aplinkybes, pagal 2015 m. planą, Panevėžio ir Šiaulių neurochirurgijos skyrius bus galima uždaryti nuo 2016 m. sausio 1 d., Klaipėdos – nuo 2017 m. sausio 1 d., nors Klaipėdos liginė yra universitetinė ir visiškai nesuprantama, kodėl šiame plane be jokių motyvų ji nepriskiriama prie universitetinių neurochirurgijos centrų.

18. Ginčijamas teisinis reguliavimas reiškia, kad vienoms sveikatos priežiūros įstaigoms yra sudaromos palankesnės galimybės teikti savo paslaugas privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiems pacientams ir už suteiktas paslaugas gauti atlyginimą iš PSDF biudžeto. Atitinkamai, kitoms sveikatos priežiūros įstaigoms tokios galimybės yra ribojamos – iš jų atimama galimybė teikti atitinkamas paslaugas arba ši galimybė reikšmingai apribojama. Kiti neurochirurgijos centrai yra diskriminuojami Neurochirurgijos kompetencijos centro (ir konkrečiai, Kauno klinikų) atžvilgiu, kadangi tik Neurochirurgijos kompetencijos centrui yra suteikiama teisė teikti tam tikras neurochirurgijos paslaugas (o Kauno klinikoms sudaromos visos sąlygos tokiu centru tapti). Tokiu būdu iš kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų yra atimama galimybė konkuruoti su analogiškas paslaugas teikiančiu Neurochirurgijos kompetencijos centru (Kauno klinikomis). Tokia situacija vertintina, kaip konkurencijos atitinkamų neurochirurgijos paslaugų teikimo rinkose ribojimas, be kita ko, ribojantis ir pacientų galimybes įgyvendinti teisę pasirinkti, kokių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis neurochirurgijos paslaugomis naudotis. Ginčijamuose sveikatos apsaugos ministro įsakymuose numatytas teisinis reguliavimas galėtų apriboti ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų galimybę teikti neurochirurgijos paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto, paliekant šią teisę tik 2015 m. plane įvardintoms valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms. Sveikatos apsaugos ministro įsakymų pagrindu Neurochirurgijos kompetencijos centras (galimai, Kauno klinikos) įgis išimtines teises teikti planines neurochirurgijos paslaugas vaikams, gydyti labai retas neurochirurgijos ligas, taip pat atlikti sudėtingas intervencijas, kitoms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms nepaliekant galimybių konkuruoti su Neurochirurgijos kompetencijos centru (galimai, Kauno klinikomis) dėl šių paslaugų teikimo. Be to, tik universitetiniai neurochirurgijos centrai (VŠĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė liginė, VŠĮ Vilniaus universiteto liginės Santariškių klinikos ir Kauno klinikos) turės teisę teikti planines neurochirurgijos paslaugas retomis neurochirurginėmis ligomis sergantiems suaugusiesiems pacientams. Suteikus išimtines teises konkrečioms sveikatos priežiūros įstaigoms, kitos asmens sveikatos priežiūros įstaigos nebetenka galimybės patekti į atitinkamas neurochirurgijos paslaugų rinkas arba yra priverstos pasitraukti iš šių rinkų, o išimtines teises gavusios sveikatos priežiūros įstaigos iš viso nesusiduria su konkurencija arba susiduria tik su ribota konkurencija atitinkamose neurochirurgijos paslaugų rinkose. Šios aplinkybės rodo, kad sveikatos apsaugos ministro įsakymais atitinkamos neurochirurgijos paslaugų rinkos yra monopolizuojamos (konkurencija eliminuojama) arba konkurencija jose yra reikšmingai apribojama, rezervuojant jas iš esmės Kauno klinikoms ir tam tikra dalimi VŠĮ Respublikinei Vilniaus universitetinei ligininei bei VŠĮ Vilniaus universiteto liginės Santariškių klinikoms. Iš sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reglamentuojančių nuostatų neseka pareiga Sveikatos apsaugos ministerijai konkrečias sveikatos priežiūros paslaugas (šiuo atveju – neurochirurgijos paslaugas) paskirstyti tarp konkrečių sveikatos priežiūros įstaigų iš anksto nustatant, kurios sveikatos priežiūros įstaigos, kokias konkrečias paslaugas gali teikti. Iš įsakymo Nr. V-95 turinio matyti, kad jis nėra kildinamas iš jokio įstatymo ta apimtimi, kuria yra ribojama asmens sveikatos priežiūros įstaigų konkurencija. Įsakymo įvadinėje dalyje daroma nuoroda į Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 10 straipsnio 6 punktą, kuris numato, jog Sveikatos apsaugos ministerija nustato sveikatos priežiūros tinkamumo ir priimtimumo reikalavimus. Tokia nuostata nepateisina konkurencijos sąlygų ribojimo. Konkurencija yra vienas iš veiksnių, kurie prisideda prie kokybiškų, vartotojų (pacientų) interesus ir lūkesčius užtikrinančių paslaugų teikimo.



Sutelkus tam tikrų neurochirurgijos paslaugų teikimą tik vienoje ar keliose sveikatos priežiūros įstaigose, gali sumažėti paskatos siekti kuo efektyviau veikti, be kita ko, panaudojant ir ribotas PSDF biudžeto lėšas, bei kuo labiau atsižvelgti į pacientų interesus. Paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų skaičius savaime nedaro įtakos PSDF lėšų, skirtų konkrečioms paslaugoms kompensuoti, dydžiui, nes tos pačios ribotos lėšos tarp asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų būtų paskirstytos, atsižvelgus į pacientų realų poreikį ir pasirinkimą, kurios iš jų paslaugomis naudotis.

19. Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-75, kuris nustato vieno vienintelio referencijos centro atrankos procedūrą, apskirtai negalėjo būti priimtas, nes, viena vertus, dar iki šio įsakymo priėmimo jau buvo priimtas Europos Komisijos 2014 m. kovo 10 d. deleguotasis sprendimas 2014/286/ES, kuriame nustatomi kriterijai ir sąlygos, kuriuos Europos referencijos centrų tinklai ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turi atitikti, kad galėtų prisijungti prie Europos referencijos centrų tinklo. Šis sprendimas yra privalomas visa apimtimi tiems, kam jis skirtas ir jį įgyvendinančių teisės aktų, tokių kaip sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl referencijos centro, rengti nereikia. Kita vertus, nei Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2011/24/ES dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo, nei deleguotame Europos Komisijos sprendime 2014/286/ES (toliau – ir Komisijos sprendimas 2014/286/ES) nėra nurodyta, kad dalyvauti Europos referencijos centrų tinklų veikloje turi tik vienas paskirtas nacionalinis referencinis centras. Priešingai, minėtuose teisės aktuose įtvirtinta, kad bet kokių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, esantys valstybėje narėje, gali teikti prašymą tapti Europos referencijos centrų tinklo nariais, remiantis valstybės narės, kurioje jie yra įsisteigę, teisės aktais, o paraiška bus patenkinta, jei visi iš anksto nustatyti kriterijai ir sąlygos bus įvykdytos. Taigi visos Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios labai specializuotas sveikatos priežiūros paslaugas (tretinio lygio, universitetinės ligoninės) ir atitinkančios deleguotame Komisijos sprendime 2014/286/ES nustatytus kriterijus ir sąlygas, gali teikti prašymą ir tapti Europos referencijos centrų tinklo nariais.

20. Dėl sveikatos apsaugos ministro įsakymų atitikties Konstitucijos 53 straipsnio 1 daliai ir Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 4 straipsniui pareiškėjai nurodo, kad į Neurochirurgijos kompetencijos centrą, kuriuo *de facto* bus Kauno klinikos, nukreipiamų neurochirurgijos paslaugų skaičius sudarys apytiksliai 30–35 procentus visų Lietuvoje atliekamų didžiųjų operacijų. Skaičiuojama, kad apytiksliai po 1 000 pacientų kasmet būtų priversti vykti gydytis į Kauno klinikas. VšĮ Klaipėdos universitetinės ligoninės skaičiavimais, apie 300 pacientų per metus vien iš VšĮ Klaipėdos universitetinės ligoninės turėtų būti pervežami neurochirurginėms operacijoms į Kauną, nors Klaipėdos universitetinė ligoninė turi ir tam reikiamą techniką, ir kvalifikuotus specialistus. Taigi neurochirurgijos paslaugų siekiantys pacientai (suaugę ir vaikai) iš esmės nebegalės laisvai pasirinkti, kurioje iš Lietuvoje veikiančių neurochirurgijos paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų jie norės gydytis.

21. Dėl sveikatos apsaugos ministro įsakymų atitikties Konstitucijos 53 straipsnio 1 daliai, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 straipsniui ir 4 straipsnio 4 daliai, Sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsniui, Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 12 straipsniui, Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 35 straipsniui pareiškime Nr. 2 nurodoma, kad 2015 m. plano 14–17 punktuose nustatytas teisinis reguliavimas prieštarauja ir pačiuose sveikatos apsaugos ministro įsakymuose nurodytam priimtų teisės aktų tikslui, t. y. užtikrinti kokybiškų neurochirurgijos paslaugų teikimą Lietuvos Respublikos gyventojams. Šiuo metu veikianti neurochirurgijos paslaugų organizavimo struktūra veikia tinkamai, jai nėra būtinos papildomos investicijos ir nėra nustatyta pagrįstų priežasčių jai keisti. Bus rizikuojama paciento sveikata ir galimai gyvybe, kadangi paskyrus planinę operaciją, pacientus teks transportuoti į kitą miestą. Doc. dr. A. G., kuris yra Lietuvos neurochirurgų draugijos vicepirmininkas ir valdybos narys, Europos neurochirurgų asociacijos (EANS) draugijos narys, Pasaulio neurochirurgų federacijos (WFNS) draugijos narys bei VšĮ Klaipėdos universitetinės ligoninės Neurochirurgijos klinikos vadovas, 2014 m. gruodžio 15 d. rašte nurodo, kad 2013 metais Klaipėdos universitetinėje ligoninėje buvo atlikta 850 didžiųjų neurochirurginių operacijų, o iš viso per metus VšĮ Klaipėdos

universitetinės ligoninės neurochirurgai atlieka virš 1 000 neurochirurginių operacijų. Pagal atliktus skaičiavimus, apie 300 pacientų per metus turėtų būti priversti vykti gydytis iš Klaipėdos į Kauną, tarp jų reikėtų pervežti apie 40 pacientų su plyšusiomis arterinėmis smegenų aneurizmomis ir apie 30 pacientų su intracerebrinėmis kraujosruvomis, įtariant kraujagyslių displaziją.

22. Dėl sveikatos apsaugos ministro įsakymų atitikties Konstitucijos 40 straipsnio 3 daliai ir Vilniaus universiteto statutui teigiama, kad minėtoje Konstitucijos nuostatoje įtvirtinta, jog aukštosioms mokykloms suteikiama autonomija. Sveikatos apsaugos ministro įsakymai labai riboja klinikinę, kartu ir mokslo bei pedagoginę veiklą neurochirurgijos srityje. Įsigaliojus ginčo įsakymams, Vilniaus universiteto Medicinos fakultete taps neįmanoma kokybiškai mokyti studentus, ruošti rezidentus bei tęsti podiplomines studijas.

23. Dėl sveikatos apsaugos ministro įsakymų atitikties Konstitucijos 48 straipsnio 1 daliai, Darbo kodekso 2 straipsniui, Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 6 straipsniui, Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 23 straipsniui nurodoma, kad 2015 m. plano 14–17 punktuose nustatytas teisinis reguliavimas, kurio pagrindu medicinos studijas Lietuvos ar užsienio universitetuose baigę ir neurochirurgų kvalifikaciją turintys asmenys pagal specialybę pilna apimtimi galėtų dirbti tik Kauno klinikose. Taigi sveikatos apsaugos ministro įsakymais realiai sukuriamą situaciją, kai vienintelis centras, galintis teikti plačios apimties neurochirurgijos paslaugas, naujų darbuotojų nepriima, tuo tarpu kituose miestuose šių paslaugų neurochirurgai pagal pilną savo kvalifikaciją negalės teikti. Kita vertus, nauji specialistai, žinodami, kad vienintelė galima darbo vieta neurochirurgams, kurioje jie galėtų praktikuoti neurochirurgiją ir tobulėti šioje srityje, yra Kauno klinikos, kurios naujų darbuotojų nepriima, taip pat vengs rinktis neurochirurgų specialybę. Analogiškos nuomonės laikomasi ir Lietuvos neurochirurgų draugijos vicepirmininko ir valdybos nario 2014 m. gruodžio 15 d. rašte sveikatos apsaugos ministrei.

24. Dėl sveikatos apsaugos ministro įsakymų atitikties Teisėkūros pagrindų įstatymo 7 straipsniui paaiškinama, kad Teisėkūros pagrindų įstatymo 3 straipsnis nustato, jog teisėkūroje vadovaujamosi *inter alia* tikslingumo, proporcingumo, pagarbos asmens teisėms ir laisvėms, atvirumo, skaidrumo, efektyvumo ir aiškumo principais, kurie priimant ginčo įsakymus buvo pažeisti. To paties įstatymo 7 straipsnyje įtvirtintas konsultavimasis su visuomene, priimant teisės aktą, kurio tikslas – užtikrinti teisėkūros atvirumą, skaidrumą, sužinoti visuomenės nuomonę apie teisinio reguliavimo problemas ir galimus jų sprendimo būdus, sudaryti visuomenei galimybę daryti įtaką rengiamo teisės akto projekto turiniui. Pasirinktas teisinis reguliavimas ne tik neužtikrins deklaruotų tikslų, tačiau ir akivaizdžiai ši siekių pažeis, kadangi sukurtu teisiniu reguliavimu yra sudaromos tokios sąlygos, kad Vilniuje, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje teikiamų neurochirurginių paslaugų kokybė sumažės, o neurochirurgų kvalifikacija ir įgūdžiai sumenkės. Priimant sveikatos apsaugos ministro įsakymus, nebuvo atlikti poveikio vertinimai ir išanalizuotos alternatyvios galimybės, galinčios pasiekti keltus tikslus. Šios išvados buvo konstatuotos ir Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto 2014 m. liepos 16 d. sprendime dėl neurochirurgijos paslaugų organizavimo Nr. 111-S-21. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. rugpjūčio 25 d. rašte Dėl neurochirurgijos paslaugų teisinio reguliavimo įvertinimo Nr. D2-10953-(1.11) nurodyta, kad būtų tikslinga sveikatos apsaugos ministro įsakymuose atsakyti nuostatų, kurios asmens sveikatos priežiūros įstaigų optimizavimą sieja su licencijavimu ir per tai instituciškai nustato, kad tam tikras paslaugas gali teikti tik tam tikros konkrečios įstaigos. Lietuvos neurochirurgų draugija 2015 m. vasario 20 d. taip pat kreipėsi į Sveikatos apsaugos ministeriją su prašymu sustabdyti sveikatos apsaugos ministro įsakymo dėl neurochirurgijos paslaugų optimizavimo plano patvirtinimo įsigaliojimą, nes šis įsakymas yra neteisėtas ir nepagrįstas bei priimtas be jokių konsultacijų su suinteresuotomis pusėmis. Įsakymas Nr. V-95 nėra derintas su visos Lietuvos neurochirurgijos specialistais, paruoštas vieno, suinteresuoto centro rekomendacijų pagrindu. Sveikatos apsaugos ministerija, sužinojusi apie pareiškėjų pradėtą norminę bylą, ėmėsi skubiai keisti įsakymą Nr. V-677. 2015 m. sausio 30 d. buvo priimtas sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-86 dėl 2014 m. birželio 10 d. įsakymo Nr. V-677 pakeitimo, tačiau nepraėjus nei 3 dienoms, sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-86, kuris net nespėjo įsigalioti, buvo skubiai

panaikintas, o 2014 m. birželio 10 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymas atitinkamai galiojo tik 2 dienas, t. y. 2015 m. vasario 1 ir 2 d. Šios aplinkybės tik dar kartą patvirtina sveikatos apsaugos ministro įsakymų priėmimo skubotumą ir Sveikatos apsaugos ministerijos tikslą visais būdais toliau proteguoti Kauno klinikas.

## VI.

25. Rengiant norminę administracinę bylą nagrinėti Lietuvos vyriausiajame administraciniame teisme, gautas atsakovo, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, atsiliepimas į pareiškimą Nr. 2, kuriame prašoma jį atmesti kaip nepagrįstą. Atsiliepimas grindžiamas iš esmės labai panašiais argumentais, kaip ir atsiliepimas į pareiškimą Nr. 1:

25.1. Valstybei keliamas uždavinys – užtikrinti deramą savo konstitucinės funkcijos rūpintis sveikata vykdymą ir tinkamą prigimtinės žmogaus teisės į kuo geresnę sveikatą bei teisės į sveikatos priežiūrą įgyvendinimą, pasitelkiant tokias priemones, kaip sveikatos priežiūros įstaigų veiklos reguliavimas ir priežiūra. Net ir pareiškėjai nurodo, kad didžioji dalis Lietuvoje teikiamų neurochirurgijos paslaugų yra iš PSDF biudžeto apmokamos neurochirurgijos paslaugos, kurios teikiamos valstybinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, o privačiose sveikatos priežiūros įstaigose yra atliekamos tik mažosios operacijos ir tokių operacijų skaičius yra nedidelis. Pareiškėjai pateikia subjektyviais pamąstymais paremtą nuomonę, kad galimai sveikatos apsaugos ministro įsakymai gali trukdyti privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kurios gali teikti iš PSDF biudžeto apmokamas neurochirurgijos paslaugas, veiklai.

25.2. Pareiškėjai klaidingai teigia, kad geografinė teritorija, kurioje gali konkuruoti ūkio subjektai, teikdami neurochirurgijos paslaugas, yra tik Lietuvos Respublika. Į nacionalinę teisę perkėlus direktyvos 2011/24/ES nuostatas, pacientai iš kitų Europos Sąjungos šalių įgijo teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse, įskaitant Lietuvos Respubliką, ir atvirkščiai. Todėl ūkio subjektai, turintys teisę teikti neurochirurgijos paslaugas, gali konkuruoti dėl paslaugų teikimo ne tik Lietuvos Respublikoje.

25.3. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės įstatymo 26 straipsnio 3 dalimi, ministerijai vadovauja ministras, kuris sprendžia ministerijos kompetencijai priskirtus klausimus, užtikrina Lietuvos Respublikos įstatymų įgyvendinimą, priima ir pasirašo įsakymus bei užtikrina jų vykdymo kontrolę. Ministerija, vadovaujama sveikatos apsaugos ministro, turi įstatymų leidėjo jai suteiktą kompetenciją, t. y. turi teisę ir kartu pareigą, įgyvendinant Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą, priimti sprendimus ir nustatyti sveikatos priežiūros sąlygoms keliamus reikalavimus. Sveikatos draudimo įstatymas Sveikatos apsaugos ministerijai suteikė teisę priimti įsakymą Nr. V-95, reglamentuojantį valstybinį neurochirurgijos paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, teikimo organizavimą Lietuvoje.

25.4. Priešingai nei teigia pareiškėjai, ginčijami sveikatos apsaugos ministro įsakymai yra priimti, įgyvendinant įstatymų leidėjo valią, įtvirtintą Lietuvos Respublikos įstatymuose, kuria siekiama ne riboti atskirų asmenų teises, o užtikrinti visiems Lietuvos gyventojams teisę tik į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Dėl to sveikatos apsaugos ministro įsakymais nustatyto teisinio reguliavimo negalima laikyti diskriminuojančiu ar neleistinais ribojančiu konkurenciją. Sutiktina su bendro pobūdžio teiginiais apie konkurenciją, tačiau atkreiptinas dėmesys į sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo specifiką bei šių paslaugų kokybės ir kainų nustatymo mechanizmą. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 2 straipsnio 8 punkte reglamentuojama, kas yra kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos. To paties įstatymo 3 straipsnio 2 dalyje numatyta, kad kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų rodiklius ir jų turinio reikalavimus nustato sveikatos apsaugos ministras. Patys pareiškėjai sutinka, kad sveikatos apsaugos ministro įsakymai yra skirti reguliuoti paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, teikimą, t. y. teikimą paslaugų, kurių bazinių kainų nustatymo metodiką bei šių paslaugų bazines kainas, vadovaudamasi Sveikatos draudimo įstatymu, nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

25.5. Įsakyme Nr. V-95 nėra įvardijama konkreti sveikatos priežiūros įstaiga, tiesiog nurodomi reikalavimai, kuriuos atitinkanti įstaiga galėtų tapti neurochirurgijos kompetencijos

centru: tai turi būti universiteto ligoninės vienetas, tai turi būti įstaiga, užtikrinanti 2015 m. plane numatytomis labai retomis ir retomis ligomis sergantiems pacientams neurochirurgijos paslaugas, bei įstaiga, kuri atitinka sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintus kriterijus. Pareiškėjų išvados dėl kompetencijos centrų skaičiaus yra pagrįstos išskirtinai lingvistiniu teisės akto nuostatų aiškinimo metodu, visiškai neatsižvelgiant į teisinio reguliavimo turinį. 2015 m. plano I skyriuje „Bendrosios nuostatos” didesnė dalis sąvokų apibrėžčių pateikiama vienaskaita, nors akivaizdu, kad yra ne viena „reta neurochirurgijos liga”, yra ne vienas „krašto neurochirurgijos centras” bei ne viena „planinė neurochirurgijos paslauga”. Sprendimas tam tikra tvarka koncentruoti sudėtingiausius retų ir labai retų ligų neurochirurginius gydymo atvejus į kompetencijos centrus yra pagrįstas objektyviomis priežastimis. Kadangi retų neurochirurgijos ligų gydymui yra naudojamos ypatingai brangios medicinos technologijos, siekiama ypač aukštos paslaugų kokybės, vienareikšmiškai tam darbui yra reikalingi ir pasitelkiami aukščiausios kompetencijos šios srities gydytojai specialistai. Valstybės institucijoms, atstovaujančioms viešąjį visų potencialių ir esamų pacientų interesą, labai svarbu tinkamai paskirstyti turimus viešuosius finansus, kad pacientams būtų užtikrinama savalaikė, prieinama ir kokybiška sveikatos priežiūra. Taigi tik koncentruojant kompetentingus specialistus, brangias technologijas bei pacientus, kuriems reikalingos tokios infrastruktūros paslaugos, galima pasiekti gerų rezultatų ir garantuoti pacientams teikiamų paslaugų kokybę. Tokiu keliu eina ir užsienio šalys, kurios kuria kompetencijos (referencinius) centrus atskiroms patologijoms gydyti. Sveikatos apsaugos ministerija priėmė sprendimą užtikrinti neurochirurgijos kompetencijos centro, kuris atitiktų reikalavimus, keliamus siekiant įsijungti į Europos referencijos centrų tinklus, atrinkimą ir steigimą. Atkreiptinas dėmesys, kad Atrankos aprašas su jame numatytais kriterijais buvo priimtas ne dėl vieno profilio sveikatos priežiūros paslaugų.

25.6. Direktyvos 2011/24/ES perkėlimo ir įgyvendinimo laikotarpis baigėsi 2013 m. spalio 25 d. Iki šios datos valstybės narės turėjo priimti visas būtinas priemones, kad minėta direktyva būtų perkelta į nacionalinius teisės aktus. Sveikatos apsaugos ministerija, būdama atsakinga, laiku ir tinkamai užtikrino šios direktyvos nuostatų perkėlimą į nacionalinę teisę. Lietuvos Respublikos teisės aktų nuostatos atitinka direktyvoje 2011/24/ES numatyta reglamentavimą. Komisijos sprendimas 2014/286/ES nedraudžia valstybei narei nustatyti nacionalinę procedūrą, kurios pagrindu būtų galimybė identifikuoti potencialius galimus Europos referencijos centrų tinklų dalyvius. Šis sprendimas nustato pagrindinius kriterijus, kuriuos turėtų atitikti aukšto lygio specializuotas paslaugas atitinkamų ligų diagnostikoje ir gydyme teikiantys sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjai, siekiantys tapti Europos referencijos centrų tinklų nariais. Europos referencijų centrų tinklų esminė paskirtis, visų pirma, yra ne pacientų, kuriems diagnozuotos sudėtingos ligos, ligų grupės ar būklės ir (arba) retos ligos, siuntimas gydytis į kitas Europos Sąjungos valstybes, o keitimasis aukšto lygio ekspertinėmis žiniomis, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientams. Ekspertinių žinių sklaida tarp valstybių narių galima tik tinkle veikiant lygiaverčiams sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjams, užtikrinantiems specializuotas, daugiaprofilines sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, bei vykdantiems diagnostinę, gydomąją, mokslo tiriamąją ir mokymo veiklą atitinkamoje srityje. Atrankos aprašo tikslas – ne diskriminuoti sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjus ar riboti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams, bet identifikuoti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, kurie yra pajėgūs lygiaverčiais pagrindais dalyvauti Europos referencijos centrų tinklų veikloje ir, bendradarbiaudami su tos pačios srities sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiais paslaugų teikėjais Lietuvos Respublikoje, ugdyti ir plėtoti šių teikėjų žinias ir įgūdžius, keistis gerąja praktika. Nepaisant to, kad pagrindinis apsikaitimo aukšto lygio ekspertinėmis žiniomis, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, principas yra bendradarbiavimas ir partnerystė, pozityvioji konkurencija tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų yra skatinama, nustatant penkerių metų paskyrimo nacionaliniu referencijos centru terminą. Šiam terminui suėjus, Lietuvos Respublikoje veikiantys neurochirurgijos paslaugų tiekėjai, siekiantys tapti nacionaliniais referencijos centrais, bus vertinami iš naujo. Referuodami į atrankos kriterijus (šiuo metu nebeaktualią redakciją, aktuali patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2015 m. kovo 23 d. įsakymu Nr. V-385), pareiškėjai pažymi, jog ir referencijos, ir kitų centrų

paskirtis yra ne mokslinė veikla, o pacientų gydymas, todėl kriterijai, susiję su referencijos centro moksline veikla, yra nepagrįsti. Atsižvelgiant į Atrankos apraše vartojamų sąvokų paaiškinimus, negalima absoliučiai tapatinti kompetencijos centro su nacionaliniu referencijos centru. Nacionalinis referencijos centras tiek savo tikslais, tiek atitiktimi sveikatos apsaugos ministro nustatytiems reikalavimams išreiškia ketinimą dalyvauti Europos referencijų tinklų veikloje, kurių paskirtis – apsikeitimas aukšto lygio ekspertinėmis žiniomis. Nei direktyvoje 2011/24/ES, nei Komisijos sprendime 2014/286/ES nėra pasakyta, kad dalyvauti Europos referencijos centrų tinklų veikloje turi tik paskirti referenciniai centrai. Šiuose teisės aktuose pasakyta, kad bet kokių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, esantys valstybėje narėje, gali teikti prašymą tapti Europos referencijos centrų tinklo nariais, o paraiška bus patenkinta, jei visi iš anksto nustatyti kriterijai ir sąlygos bus įvykdytos. Taigi visi Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, teikiantys labai specializuotas sveikatos priežiūros paslaugas (universitetinės ligoninės), atitinkantys Komisijos sprendime 2014/286/ES nustatytus kriterijus ir sąlygas, gali teikti prašymą tapti Europos referencijos centrų tinklo nariais. Atrankos aprašo nuostatomis nekvestionuojama sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, atitinkančių Komisijos sprendimo 2014/286/ES nuostatose įtvirtintus ir kitus, kvietimo jungtis į Europos referencijų centrų tinklus paskelbimo metu paaiškėsiančius, reikalavimus, teisės jungtis į Europos referencijos centrų tinklus. Priešingai – pagal minėto aprašo nuostatas, atrinktam nacionaliniam referencijos centrui, išreiškusiam norą jungtis į tinklą, sukuriama pareiga siekti narystės Europos referencijų centrų tinkle. Europos referencinių centrų tinklas neapsiriboja vienos valstybės teritorija – Europos Komisijos 2014 m. kovo 10 d. įgyvendinančiame sprendime Nr. 2014/287/ES pasakyta, kad „bet kuri grupė, sudaryta iš bent dešimties sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, įsisteigusių bent aštuoniuose valstybėse narėse, gali iki kvietimo nurodyto termino bendrai pateikti paraišką su pasiūlymu įsteigti tam tikros kompetencijos srities tinklą“. Šiame sprendime nurodyta, kad „(14) valstybės narės, kurios neturi atitinkamo tinklo nario, gali nutarti paskirti paslaugų teikėjus, konkrečiai susijusius su tam tikru tinklu, laikydamosi skaidrios ir aiškios procedūros. Tie paslaugų teikėjai gali būti paskiriami asocijuotais nacionaliniais centrais, kurie daugiausia dėmesio skiria sveikatos priežiūros teikimui, arba bendradarbiavimo nacionaliniais centrais, kurie daugiausia dėmesio skiria žinių ir priemonių kūrimui, siekiant pagerinti sveikatos priežiūros kokybę“; „(7) valstybės narės, kurių nė vienas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas nepriklauso tinklui, turėtų paskirti bendrus ir asocijuotus nacionalinius tinklus, kad paskatintų juos bendradarbiauti su atitinkamu tinklu“. Atsižvelgiant į tai, kad galima situacija, kad nė viena iš Lietuvos Respublikoje veikiančių sveikatos priežiūros įstaigų gali būti neįtraukta į Europos referencijos centrų tinklą, akivaizdu, kad būtina identifikuoti paslaugų teikėjus, kuriuos valstybė narė, t. y. Lietuva, pagal įgyvendinančio sprendimo Nr. 2014/287/ES nuostatas, galėtų paskirti bendradarbiauti su atitinkamu tinklu. Neurochirurgijos referencinių centrų atrankai paraiškas padavė du kompetencijos centrų sąvoką, nustatytą Atrankos apraše, atitinkantys subjektai: VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė ir Kauno klinikos. Kiti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai tokios valios neišreiškė, tačiau jie bet kuriuo metu gali teikti paraišką Europos Komisijai dėl prisijungimo prie atitinkamo Europos referencijos centrų tinklo bei dalyvavimo jo veikloje.

25.7. 2015 m. plane numatyta nustatyti planinių neurochirurgijos paslaugų teikimo modelį, pagal kurį neurochirurgijos paslaugos, apmokamos iš PSDF, atsižvelgiant į paslaugų sudėtingumą, būtų teikiamos, pirma, tose sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose buvo teikiamos iki šiol, antra, dalis paslaugų, kuriomis gydomos retos ligos, sukonzentruotos į asmens sveikatos priežiūros ir mokslo įstaigas, kurios teikia aukščiausio lygio neurochirurgijos sveikatos priežiūros paslaugas, ir, trečia, sudėtingiausios ir didelių materialinių ir žmogiškųjų resursų bei profesinės patirties reikalaujančios neurochirurgijos paslaugos koncentruojamos Neurochirurgijos kompetencijos centre, t. y. sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintus kriterijus atitinkančiame universiteto ligoninės organizaciniame vienetė. Taigi paciento teisė pasirinkti įstaigą, kurioje planine tvarka galėtų sulaukti neurochirurginės pagalbos, nėra ribojama, tačiau teisės aktų nustatyta tvarka yra numatyta, jog pacientas, siekdamas sulaukti nemokamos neurochirurginės pagalbos, t. y. pagalbos, apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų, gali rinktis pagalbą pagal sveikatos apsaugos ministro įsakymu

patvirtintą neurochirurgijos paslaugų teikimo modelį. Neurochirurgijos paslaugų teikimo optimizavimas ir minėto sveikatos priežiūros įstaigų tinklo modelio veikimo įgyvendinimas numatytas tam tikrais etapais nuo 2015 m. balandžio 1 d. ir visa apimtimi turėtų pradėti veikti nuo 2017 m. sausio 1 d., todėl sveikatos priežiūros įstaigos turi visas galimybes tam pasiręsti. Neurochirurgijos paslaugos ir toliau bus teikiamos visose LNSS sveikatos priežiūros įstaigose, kaip buvo teikiamos iki sveikatos apsaugos ministro įsakymų priėmimo, ir jose toliau turėtų dirbti gydytojo neurochirurgo kvalifikaciją turintys specialistai. Be to, perkėlus į nacionalinę teisę direktyvos 2011/24/ES nuostatas, Lietuvos pacientai įgijo teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas ir kitose Europos Sąjungos šalyse bei sulaukti kompensacijos už šių paslaugų suteikimą ta dalimi, kiek ta pati paslauga yra kompensuojama PSDF lėšomis Lietuvoje. Taip pat nėra aišku, dėl kokių priežasčių Sveikatos apsaugos ministerijos siekis, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai privaloma tvarka siektų įsiliesti į Europos referencinių centrų tinklus ir teiktų aukščiausio lygio sveikatos priežiūros paslaugas, galėtų prieštarauti Lietuvos Respublikos Konstitucijai ir juo labiau Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymui. Pareiškėjai dėl to išsamiau nepasisako.

25.8. Nėra aišku, kodėl pagal 2015 m. planą negalės būti vykdomos visų pakopų medicinos ir sveikatos studijos ar tobulinami specialistai. Priešingai, sukoncentravus retų ir labai retų ligų gydymą, atsiras geresnės galimybės rengti tam tikrus retų ligų gydymo ciklus rezidentams. VŠĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos ir Kauno klinikos yra universitetų, rengiančių gydytojus neurologus ir gydytojus neurochirurgus, klinikinės bazės su atitinkamu praktiniu, moksliniu, pedagoginiu potencialu ir tam būtina infrastruktūra. Universitetų neurologijos ir neurochirurgijos klinikose ruošiami būsiami neurologijos ir neurochirurgijos specialistai, mokomi rezidentai. Pažymėtina, kad ypatingai specifinių neurochirurgijos paslaugų, tokių kaip labai retų neurochirurgijos ligų gydymas ir sudėtingų intervencijų atlikimas, nėra ir neturi būti vykdomas visose universitetų klinikose bei centruose, tokių paslaugų teikimui nėra atskirai rengiami gydytojai rezidentai. Tokios paslaugos, kaip teigia ir patys pareiškėjai, teikiamos įgijus ilgametę patirtį neurologijos ir neurochirurgijos paslaugų teikimo srityse. Atsižvelgiant į tai ir atsiradus poreikiui, mokslo ir mokymo veikla bei kvalifikacijos kėlimas bendradarbiavimo sutarčių pagrindu gali būti vykdomas bet kurioje universiteto ligoninėje.

25.9. Pareiškėjų samprotavimai dėl paslaugų teikimo pagal „pilną kvalifikaciją“ yra nepagrįsti jokiais teisės aktais. Bet kurios profesinės kvalifikacijos sveikatos priežiūros specialistui studijų baigimo diplomą, rezidentūros baigimo pažymėjimą, o vėliau reikiama licencija išduodama, nepriklausomai nuo to, kur specialistas dirbs: poliklinikoje ar universiteto ligoninėje. Skirtumas tarp sveikatos priežiūros specialistų gali atsirasti tik dėl praktinių įgūdžių, kuriuos specialistas įgis per visą profesinės praktikos laikotarpį.

25.10. 2015 m. planas buvo rengiamas 2014 m. plano pagrindu, o pastarojo projekto parengimui sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 10 d. įsakymu Nr. V-216 buvo sudaryta ir dirbo darbo grupė, sudaryta ne tik iš Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos, VLK atstovų, bet ir iš Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Panevėžio ir Šiaulių kraštų neurochirurgijos paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų atstovų. Sveikatos apsaugos ministro įsakymų reglamentavimo poveikis visuomenei, teikiamoms paslaugoms, pacientų srautams ir PSDF biudžetui buvo įvertintas, analizuojant VLK pateiktus duomenis apie praėjusiais periodais suteiktas neurochirurgijos paslaugas. Buvo analizuojami 2013 metų duomenų bazės „Sveidra“ duomenys. Atsižvelgiant į tai, kad 2015 m. plane nebuvo reglamentuoti nauji santykiai ir iš esmės nebuvo pakeistas galiojantis teisinis reglamentavimas, poveikio vertinimas nebuvo privalomas. Atrankos aprašas buvo parengtas, atsižvelgiant į Komisijos sprendimą 2014/286/ES. Kadangi EK sprendimas yra privalomas visa apimtimi tiems, kam jis yra taikomas, nėra aišku, koku būdu, priimant šį teisės aktą, buvo pažeistas Teisėkūros pagrindų įstatymas. Pareiškėjai dėl šio aprašo nuostatų galimo prieštaravimo teisės aktams konkrečiai nepasisako.

26. Rengiant norminę administracinę bylą nagrinėti Lietuvos vyriausiajame administraciniame teisme, taip pat gautos suinteresuotų asmenų, Lietuvos neurochirurgų draugijos ir Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos nuomonės dėl pareiškimo Nr. 2.

27. Lietuvos neurochirurgų draugija sutinka ir pareiškimu Nr. 2 ir nurodo, jog prieštaravo ankstesniųjų sveikatos apsaugos ministro įsakymų priėmimui. Nepritarimas buvo aptartas Lietuvos neurochirurgų visuomenėje ir netgi svarstytas Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komitete. Sveikatos apsaugo ministerija nesudarė naujos darbo grupės, tačiau vengdama diskusijų su visais neurochirurgijos paslaugas teikiančiais centrais ir juos vienijančia Lietuvos neurochirurgų draugija, atšaukė įsakymą Nr. V-677 ir patvirtino naują 2015 m. planą. Naujasis įsakymas – ne daug pakeistas anksčiau galiojusio įsakymo variantas ir toliau skirtas koncentruoti neurochirurgijos paslaugas viename Lietuvos centre – Kauno klinikose. Įsakyme Nr. V-95 ir vėl neatsižvelgiama į dabar esančią ir funkcionuojančią neurochirurgijos tarnybos veiklą, pacientų teises, pateikiami neadekvatūs ir Lietuvai nenaudingi ribojimai neurochirurgijos paslaugoms teikti. Reikalavimai kompetencijos centrui nėra žinomi ar paskelbti Sveikatos apsaugos ministerijos dokumentuose, painiojamos referencijos ir kompetencijos centro sąvokos. „Labai retų“ neurochirurginių ligų sąrašas atspinti įsakymą rengusios klinikos norą koncentruoti tam tikrą patologiją, o ne labai retas ligas. Nesuprantama, kodėl įsakymo Nr. V-95 1 priede pateikiami ir 51 sudėtingosios procedūros ACHI kodai. Taigi net ir gydant „dažną“ ligą, pacientą intervencijai reikėtų transportuoti į kompetencijos centrą. Nepagrįstas ir reikalavimas dėl privalomos aparatūros MRT. Įsakymas Nr. V-75 numato referencijos centrų įkūrimo kriterijus, parengtus pagal Komisijos sprendimo 2014/286/ES sąlygas. Šiame EK sprendime kalbama apie Europos referencijos centrų tinklą, vienijantį atskirus centrus, šiuo metu gydančius retomis ligomis sergančius ligonius. Sujungus įsakymą Nr. V-75 ir įsakymą Nr. V-95, retų ligų gydymas Lietuvoje būtų ne integruojamas, o ribojamas. Retomis ligomis sergantys ligoniai šiuo metu gydomi keliuose neurochirurgijos centruose, todėl reali pagalba pacientui taptų mažiau prieinama pacientui, dalis neurochirurgų netektų galimybės taikyti savo per daugelį metų sukauptą patirtį, sutriktų mokymo procesas Vilniaus universitete. Įsakymai priimti, nesilaikant atvirumo, skaidrumo ir viešumo principų, nesudarant galimybių teikti pasiūlymų, daryti įtakos teisės akto projekto turiniui.

28. Konkurencijos taryba, pateikdama nuomonę dėl pareiškimo Nr. 2, nurodo, kad nuomonėje dėl pareiškimo Nr. 1 jau pateikė paaiškinimus dėl esminių Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio taikymo principų neurochirurginių paslaugų organizavimo srityje. Toliau šioje nuomonėje atkreipiamas dėmesys, į ką reikėtų atsižvelgti, vertinant galimą sveikatos apsaugos ministro įsakymo Nr. V-95 ir įsakymo Nr. V-75 prieštaravimą Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams. Konkurencijos tarybos nuomone, aptariamai sveikatos apsaugos ministro įsakymai yra susiję su neurochirurgijos paslaugų reglamentavimu, t. y. 2015 m. plane nurodytoms sveikatos priežiūros įstaigoms yra priskiriama, kokias konkrečias neurochirurgijos paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, jos gali teikti. Taip pat numatyta, kad ypač sudėtingas neurochirurgijos paslaugas teikia Neurochirurgijos kompetencijos centras. Atrankos apraše numatyti reikalavimai kompetencijos centrams, kurie sieks tapti nacionaliniais referencijos centrais. Turėtų būti nustatyta, ar dėl sveikatos apsaugos ministro priimtų įsakymų atitinkamoje rinkoje veikiančios sveikatos priežiūros įstaigos yra diskriminuojamos ar privilegijuojamos ir ar dėl to gali būti sudarytos skirtingos konkurencijos sąlygos atitinkamoje rinkoje veikiantiems ūkio subjektams. 2015 m. plane, skirtingai nei 2014 m. plane, nėra tiesiogiai numatyta, kad sudėtingiausias neurochirurgijos paslaugas galės teikti tik viena sveikatos priežiūros įstaiga – Kauno klinikos, tačiau turėtų būti įvertinta, ar 2015 m. plane ir / ar Atrankos tvarkos apraše numatyti kriterijai bei reikalavimai asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, pagal kuriuos jos priskiriamos ar gali būti priskiriamos tam tikrai kategorijai, suteikiantis teisę užsiimti konkrečiomis neurochirurgijos paslaugomis, yra iš tikrųjų būtini, proporcingi ir nesudaro nepagrįstų kliūčių ir ribojimų atskiroms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms teikti konkrečias paslaugas. Preliminariai įvertinus sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintų 2014 m. plano bei minėto aprašo nuostatas, kiek jos susijusios su Neurochirurgijos kompetencijos centru, kompetencijos centrais ir nacionaliniais referencijos

centrais bei jiems keliamais reikalavimais, matyti, kad yra nustatyti bendro pobūdžio reikalavimai, todėl savaime nesudaro pagrindo teigti, jog juos gali atitikti tik Kauno klinikos: (a) sveikatos apsaugos ministro įsakymuose nėra tiesioginių nuorodų, jog Neurochirurgijos kompetencijos centru ar kitais kompetencijos centrais bei nacionaliniais referencijos centrais gali būti tik Kauno klinikos ir kad šių paslaugų negalėtų teikti kitos sveikatos priežiūros įstaigos; (b) atsižvelgiant į aplinkybę, kad numatyta atrankos tvarka kompetencijos centrums, siekiantiems tapti nacionaliniais referencijos centrais, taip pat nėra savaiminio pagrindo daryti išvados, kad sveikatos priežiūros įstaigoms yra sudaromos skirtingos konkurencijos sąlygos, pretenduojant tapti nacionaliniais referencijos centrais. Tačiau reikėtų patikrinti, ar egzistuoja aplinkybių, kurios sudarytų pagrindą išvadai, jog šiuose teisės aktuose nurodyti kriterijai bei požymiai, kuriais apibūdintas Neurochirurgijos kompetencijos centras, kompetencijos centrai ir nacionaliniai referencijos centrai, yra siejami būtent tik su Kauno klinikomis ar kitomis konkrečiomis asmens sveikatos priežiūros įstaigoms. Toks vertinimas, be kita ko, galėtų apimti ir 2015 m. plane bei Atrankos apraše nurodytų kriterijų bei reikalavimų pagrįstumą.

Išplėstinė teisėjų kolegija

k o n s t a t u o j a:

### VIII.

29. Nagrinėjamoje norminėje administracinėje byloje abejonės teisėtumu keliamos dėl šių teisės aktų ir / arba jų dalių:

1) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 10 d. įsakymu Nr. V-676 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 9 d. įsakymo Nr. 652 „Dėl neurochirurgijos stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų paslaugų teikimo specialiujų reikalavimų“ pakeitimo“ patvirtintų Stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų neurochirurgijos tretinio lygio paslaugų teikimo specialiujų reikalavimų „Neurochirurgija III B“ ir „Neurochirurgija III C“ dalių;

2) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 10 d. įsakymu Nr. V-677 „Dėl neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metų plano patvirtinimo“ patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metų plano 7, 13–17, 35 ir 36 punktų;

3) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymo Nr. V-95 „Dėl Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020 metų plano patvirtinimo“ 3 punkto ir šiuo įsakymu patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020 metų plano 6, 7, 8, 12, 14–17, 25, 28, 33 punktų bei priedo Nr. 1;

4) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymo Nr. V-75 „Dėl nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo patvirtinimo“ (2015 m. kovo 23 d. įsakymo Nr. V-385 redakcija).

### IX.

*Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 10 d. įsakymu Nr. V-676 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 9 d. įsakymo Nr. 652 „Dėl neurochirurgijos stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų paslaugų teikimo specialiujų reikalavimų“ pakeitimo“ patvirtintų Stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų neurochirurgijos tretinio lygio paslaugų teikimo specialiujų reikalavimų ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 10 d. įsakymu Nr. V-677 „Dėl neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metų plano patvirtinimo“ patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metų plano*



30. 2015 m. rugsėjo 8 d. ir 2015 m. lapkričio 9 d. vykusių viešų teismo posėdžių Lietuvos vyriausiąjame administraciniame teisme metu advokatas Ruslanas Černiauskas pareiškėjų vardu pareiškimo dalies ta apimtimi, kuria prašoma ištirti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 10 d. įsakymu Nr. V-676 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 9 d. įsakymo Nr. 652 „Dėl neurochirurgijos stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų“ pakeitimo“ patvirtintų Stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų neurochirurgijos tretinio lygio paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų „Neurochirurgija III B“ ir „Neurochirurgija III C“ dalių ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 10 d. įsakymu Nr. V-677 „Dėl neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metų plano patvirtinimo“ patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metų plano 7, 13–17, 35 ir 36 punktų atitiktį aukštesnės galios teisės aktams, atsisakė. Pareiškėjų atstovas paaiškino, kad Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 10 d. įsakymas Nr. V-677 „Dėl neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metų plano patvirtinimo“ su visais pakeitimais ir papildymais neteko galios, priėmus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymą Nr. V-95 „Dėl Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020 metų plano patvirtinimo“. Atstovo teigimu, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 10 d. įsakymu Nr. V-676 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 9 d. įsakymo Nr. 652 „Dėl neurochirurgijos stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų“ pakeitimo“ patvirtintų Stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų neurochirurgijos tretinio lygio paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų „Neurochirurgija III B“ ir „Neurochirurgija III C“ dalių teisėtumo patikra taip pat tampa nereikšminga.

31. Lietuvos Respublikos administracinių bylų teisenos įstatymo 114 straipsnio 1 dalis įtvirtina, kad bylos dėl norminių administracinių aktų teisėtumo nagrinėjamos pagal bendrąsias šiame įstatyme nustatytas proceso taisykles. To paties įstatymo 52 straipsnis numato, kad pareiškėjas turi teisę atsisakyti skundo (prašymo) bet kurioje bylos nagrinėjimo stadijoje iki teismui išeinant į pasitarimų kambarį. Byloje esančios atstovavimo sutartys tarp pareiškėjų, Seimo narių, ir advokato Ruslano Černiausko patvirtina atstovo įgaliojimus ir teisę atsisakyti pareiškimo dalies. Kitų kliūčių, dėl kurių šis atsisakymas negalėtų būti priimtas, išplėstinė teisėjų kolegija nenustatė. Atsižvelgiant į tai ir vadovaujantis Administracinių bylų teisenos įstatymo 101 straipsnio 3 punktu, norminė administracinė byla anksčiau nurodyta apimtimi nutraukta.

## X.

*Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymo Nr. V-95 „Dėl Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020 metų plano patvirtinimo“ 3 punkto*

32. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymo Nr. V-95 1 punktu buvo patvirtintas Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020 metų planas. To paties įsakymo 3 punkte nustatyta:

„3.1. šis įsakymas, išskyrus šio įsakymo 2 punktą ir 1 punktu patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015–2020 metų plano 25, 28 punktus ir 33.1–33.3, 33.4, 33.5 papunkčius, įsigalioja 2015 m. balandžio 1 d.;

3.2. 33.4 papunktis įsigalioja 2016 m. sausio 1 d.;

3.3. 25, 28 punktai ir 33.5 papunktis įsigalioja 2017 m. sausio 1 d.“.

33. Kaip matyti, įsakymo Nr. V-95 3 punkte reglamentuojama šio įsakymo ir juo patvirtinto norminio administracinio akto atskirų nuostatų įsigaliojimo tvarka.

34. Administracinių bylų teisenos įstatymo šešioliktoji skirsnis, nustatantis pareiškimų ištirti norminių administracinių aktų teisėtumą nagrinėjimo tvarką, suponuoja, kad norminės administracinės bylos nagrinėjimo ribas paprastai apibrėžia pareiškėjo pareiškime pateiktas prašymas, jo apimtis, taip pat šį prašymą pagrindžiantys teisiniai argumentai.

35. Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas savo praktikoje nuosekliai laikosi principinės nuostatos, kad pareiškėjo abejonė dėl norminio administracinio akto (jo dalies) atitikties įstatymui ar Vyriausybės norminiam aktui turi būti teisiškai motyvuota. Pareiškėjas negali apsiriboti vien bendro pobūdžio teiginiais ar vien tvirtinimu, kad norminis administracinis aktas ar konkreti jo nuostata, jo manymu, prieštarauja aukštesnės galios teisės aktui, tačiau privalo aiškiai nurodyti, be kita ko, kokias apimtims ir kurioms konkrečiai įstatymo ar Vyriausybės norminio akto nuostatomis išvelgiamas prieštaravimas, savo poziciją dėl kiekvienos ginčijamos teisės normos atitikties aukštesnės galios teisės normai pagrįsti aiškiai suformuluotais teisiniais argumentais. Pareiškėjas, formuluodamas teisinius argumentus, turi išnagrinėti tiek atitinkamo norminio administracinio akto (jo dalies) turinį, tiek aukštesnės galios teisės akto (įstatymo ar Vyriausybės norminio akto) turinį ir pateikti konkrečią nuomonę dėl prieštaravimų tarp šių aktų. Pareiškime neturi būti ir nutylėtų motyvų, neįvertintų reikšmingų teisinio reguliavimo aspektų (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2012 m. balandžio 23 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A<sup>442</sup>-1503/2012, išplėstinės teisėjų kolegijos 2014 m. lapkričio 10 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A<sup>442</sup>-1586/2014, 2015 m. rugsėjo 3 d. nutartis administracinėje byloje Nr. eA-2096-502/2015).

36. Seimo nariai, prašydami pripažinti, kad minėtas įsakymo Nr. V-95 3 punktas prieštarauja Konstitucijos 43 straipsnio 3 daliai, 46 straipsniui, 48 straipsnio 1 daliai, 53 straipsnio 1 daliai, Konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 ir 4 straipsniams, Sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsniui, Darbo kodekso 2 straipsniui, Vilniaus universiteto statutui, Teisėkūros pagrindų įstatymo 7 straipsniui, Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 14 straipsniui, Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 6 ir 12 straipsniams, Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 23 ir 35 straipsniams, nei pareiškime, nei teismo posėdžių Lietuvos vyriausiajame administraciniame teisme metu nepaaiškino, neargumentavo, kodėl ir kaip sveikatos apsaugos ministro įsakymo Nr. V-95 normos, nustatančios šio norminio administracinio akto ir atskirų jo nuostatų įsigaliojimo terminus, jų nuomone, prieštarauja kiekvienai iš nurodytų aukštesnės galios teisės aktų normai. Šioje pareiškimo dalyje pareiškėjams nepagrindus savo pozicijos dėl minimo teisinio reguliavimo neatitikimo nurodytiems aukštesnės galios teisės aktams, negalima nustatyti norminės bylos šioje dalyje nagrinėjimo ribų. Atsižvelgiant į tai, laikytina, jog pareiškėjų prašymas dėl sveikatos apsaugos ministro įsakymo Nr. V-95 3 punkto pripažinimo neteisėtu neatitinka Administracinių bylų teisenos įstatymo reikalavimų.

37. Pareiškimo ištirti norminio administracinio teisės akto teisėtumą argumentavimo (teisinių motyvų) trūkumai sudaro savarankišką pagrindą teismui norminę administracinę bylą nutraukti (ABTĮ 101 str. 1 p., 114 str. 1 d.). Todėl pareiškėjų inicijuotos norminės administracinės bylos dalis dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymo Nr. V-95 „Dėl Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020 metų plano patvirtinimo“ 3 punkto atitikties pareiškime nurodytiems aukštesnės galios teisės aktams nutrauktina.

## XI.

*Dėl Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020 metų plano 5, 6, 7, 8, 12, 14–17, 25, 28, 33 punktuose ir priede Nr. 1 nustatyto teisinio reguliavimo*

38. Seimo nariai prašo ištirti, ar 2015 m. plano nuostatos – 6, 7, 8, 12, 14–17, 25, 28, 33 punktai ir priedas Nr. 1 – neprieštarauja Konstitucijos 43 straipsnio 3 daliai, 46 straipsniui, 48 straipsnio 1 daliai, 53 straipsnio 1 daliai, Konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 ir 4 straipsniams, Sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsniui, Darbo kodekso 2 straipsniui, Vilniaus universiteto statutui, Teisėkūros pagrindų įstatymo 7 straipsniui, Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 14 straipsniui, Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 6 ir 12 straipsniams, Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 23 ir 35 straipsniams.

39. Kaip minėta, Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015–2020 m. planas buvo patvirtintas Sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymu Nr. V-95. Įsakymo V-95 preambulėje nurodoma, kad 2015 m. planas patvirtintas, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 10 straipsnio 6 punktu, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 18 d. įsakymu Nr. V-938 „Dėl Nacionalinio veiklos, susijusios su retomis ligomis, plano patvirtinimo“ ir siekiant įgyvendinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos 2013 m. gruodžio 12 d. nutarimą Nr. 8 „Dėl neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metais“.

40. Pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtinto plano 1 punktą, jame nurodytos organizacinės priemonės, skirtos kokybiškų neurochirurgijos paslaugų teikimui Lietuvos Respublikos gyventojams užtikrinti, siekiant mažinti negalios mastą ir mirštamumą dėl neurochirurgijos ligų, racionaliai panaudojant Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšas.

41. 2015 m. plano 2 punkte nustatyta, kad neurochirurgijos paslaugos – tai asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pacientams, sergantiems centrinės nervų sistemos ir periferinių nervų ligomis, gydomomis chirurginiu būdu.

42. Taigi pagal nurodytas nuostatas, 2015 m. planas apima sveikatos priežiūros paslaugų – neurochirurgijos paslaugų – optimizavimą, nustato šių paslaugų organizacines priemones. 2015 m. plano nuostatos (*inter alia* ginčijami punktai) priimtose, be kita ko, siekiant užtikrinti racionalų Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų panaudojimą. Todėl vertintina, kad 2015 m. planas reglamentuoja PSDF biudžeto lėšomis apmokamų neurochirurgijos paslaugų teikimą. Tai procesiniuose dokumentuose ir teismo posėdžių metu ne kartą patvirtino ir Sveikatos apsaugos ministerija.

43. 2015 m. plane nustatoma, kokios konkrečios neurochirurgijos paslaugos 2014–2020 metais bus teikiamos 2015 m. plane tam tikru būdu apibrėžtose sveikatos priežiūros įstaigose (2015 m. plano II–IV skyriai). Šiuo požiūriu įtvirtinama, kokiose sveikatos priežiūros įstaigose bus teikiamos skubiosios neurochirurgijos paslaugos suaugusiesiems, šias paslaugas papildomai skirstant pagal tai, ar gydoma reta neurochirurgijos liga (2015 m. plano II skyrius), planinės neurochirurgijos paslaugos suaugusiesiems, šias paslaugas papildomai skirstant pagal tai, ar gydoma reta, ar labai reta neurochirurgijos liga (2015 m. plano III skyrius), vaikų skubioji ir planinė neurochirurgijos paslauga (2015 m. plano IV skyrius). Pagal 2015 m. planą, neurochirurgijos paslaugas 2014–2020 metais teiksiančios konkrečios sveikatos priežiūros įstaigos suskirstytos į dvi kategorijas: kraštų neurochirurgijos centrus ir universitetinius neurochirurgijos centrus, taip pat nurodoma, kokias neurochirurgijos paslaugas numatyta teikti Neurochirurgijos kompetencijos centre.

44. 2015 m. plane taip pat reglamentuojami neurochirurgijos padalinio reikalavimai (2015 m. plano VI skyrius); neurochirurgijos paslaugų teikimo kokybės rodikliai (2015 m. plano VII skyrius); neurochirurgijos paslaugų teikimo kokybės vertinimo rodiklių nustatymas ir auditas (2015 m. plano VIII skyrius); neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015–2020 metų plano įgyvendinimo etapai (2015 m. plano IX skyrius). 2015 m. plano 1 priede pateikiamas labai retų neurochirurgijos ligų ir sudėtingų intervencijų kodų sąrašas (toliau – ir 1 priedas); 2 priede – skubių neurochirurgijos paslaugų teikimo teritorinis paskirstymas pagal apskritis ir savivaldybes.

45. Pareiškėjai iškėlė klausimą dėl šių 2015 m. plano nuostatų teisėtumo:

– 6 punkto: „Universitetiniai neurochirurgijos centrai – tai visų lygių neurochirurgijos paslaugas teikiančios viešosios asmens sveikatos priežiūros ir mokslo įstaigos. Universitetiniai neurochirurgijos centrai yra VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikos“;

– 7 punkto: „Reta neurochirurgijos liga – tai neurochirurgijos liga, kuria serga ne daugiau kaip 5 iš 10 tūkst. žmonių Europos Sąjungoje (toliau – ES) ir kuri yra įtraukta į Retų ligų ir retųjų vaistų sąrašą, skelbiamą interneto ORPHANET portale (angl. ORPHANET, [www.orpha.net](http://www.orpha.net)). Labai reta neurochirurgijos liga – tai neurochirurgijos liga, įtraukta į „Labai retų neurochirurgijos ligų ir sudėtingų intervencijų kodų sąrašą“ (1 priedas)“;

– 8 punkto: „Neurochirurgijos kompetencijos centras – tai organizacinis universiteto ligoninės vienetas, užtikrinantis labai retomis neurochirurgijos ligomis ir šiame plane numatytais atvejais retomis ligomis sergančių pacientų sveikatos priežiūrą bei atitinkantis sveikatos apsaugos ministro nustatytus kriterijus“;

– 12 punkto: „Suteikus skubiąsias neurochirurgijos paslaugas suaugusiesiems retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems pacientams, jie, įvertinus perkėlimo riziką, skubiai ir saugiai perkeliami į universitetinį neurochirurgijos centrą“;

– 14 punkto: „Planinė neurochirurgijos paslauga retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems suaugusiesiems teikiama universitetiniuose neurochirurgijos centruose“;

– 15 punkto: „Planinė neurochirurgijos paslauga suaugusiesiems, sergantiems labai retomis neurochirurgijos ligomis, įtrauktomis į „Labai retų neurochirurgijos ligų ir sudėtingų intervencijų kodų sąrašą“ (1 priedas), teikiama Neurochirurgijos kompetencijos centre“;

– 16 punkto: „Vaikų skubioji neurochirurgijos paslauga teikiama vadovaujantis Skubiosios medicinos pagalbos masto 4 skiltyje nurodytomis ūmiomis klinikinėmis būklėmis ir skubiosios medicinos pagalbos teikimo indikacijomis. Vaikai skubiai ir saugiai perkeliami į artimiausią ASPĮ, galinčią suteikti reanimacijos ir intensyviosios terapijos bei neurochirurgijos paslaugas. Vaikai, sergantys retomis neurochirurgijos ligomis, stabilizavus jų būklę, įvertinus perkėlimo riziką, skubiai ir saugiai perkeliami į Neurochirurgijos kompetencijos centrą“;

– 17 punkto: „Planinė vaikų neurochirurgijos paslauga teikiama Neurochirurgijos kompetencijos centre“;

– 25 punkto: „Biplaninis angioseriografas taikomas atliekant endovaskulines operacijas gydant insultus ir aneurizmas bei kitas į Retų ligų ir retųjų vaistų sąrašą, skelbiamą interneto ORPHANET portale, įtrauktas retas smegenų kraujagyslių ligas“;

– 28 punkto:

„28. Privalomi neurochirurgijos operacinių medicininių prietaisai (metodai) pagal teikiamas neurochirurgijos paslaugas:

28.1. intraoperacinis ultragarsas – visoms neurochirurgijos paslaugoms teikti;

28.2. intraoperacinė magnetinio rezonanso tomografija (toliau – MRT), funkcinė MRT ir navigacinė MRT – retoms neurochirurgijos ligoms gydyti;

28.3. intraoperacinė elektroencefalografija – teikiant paslaugas Neurochirurgijos kompetencijos centre“;

– 33 punkto:

„33. Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015–2020 metų plano įgyvendinimo etapai:

33.1. iki 2015 m. I ketvirčio pabaigos įkurti Neurochirurgijos kompetencijos centrą, atitinkantį retų ligų centrų ir Europos referencijos centrų tinklo kokybinius ir kiekybinius reikalavimus;

33.2. iki 2015 m. II ketvirčio pabaigos parengti Neurochirurgijos kompetencijos centro įsijungimo į Europos referencijos centrų tinklą planą;

33.3. nuo Neurochirurgijos kompetencijos centro įkūrimo dienos šiame centre teikti planines neurochirurgijos paslaugas vaikams, gydyti labai retas neurochirurgines ligas bei atlikti sudėtingas intervencijas (1 priedas);

33.4. retomis neurochirurginėmis ligomis, įtrauktomis į Retų ligų ir retųjų vaistų sąrašą, skelbiamą interneto ORPHANET portale, sergančius pacientus iš Panevėžio ir Šiaulių kraštų pradėti gydyti universitetiniuose neurochirurgijos centruose.

33.5. retomis neurochirurginėmis ligomis, įtrauktomis į Retų ligų ir retųjų vaistų sąrašą, skelbiamą interneto ORPHANET portale, sergančius pacientus iš Klaipėdos krašto pradėti gydyti universitetiniuose neurochirurgijos centruose“;

- 2015 m. 1 priedo:

„1. Labai retų neurochirurgijos ligų kodai pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtajį pataisytą ir papildytą leidimą (Australijos modifikacija) (toliau – TLK-10-AM kodai):

C75.1; C75.2; C75.3; D16.4; D31.6; D32.0; D32.9; D33.3; D35.2; D35.3; D35.4; D44.3; D44.4; D44.5; G10; G20; G21.0; G21.1; G21.2; G21.3; G21.4; G21.8; G23.0; G23.1; G23.2; G23.8; G23.9; G24.0; G24.1; G24.2; G24.3; G24.4; G24.5; G24.8; G24.9; G25.0; G25.1; G25.2; G25.3; G25.4; G25.5; G25.6; G25.8; G25.9; G40.00; G40.01; G40.10; G40.11; G40.20; G40.21; G40.30; G40.31; G40.40; G40.41; G40.50; G40.51; G40.60; G40.61; G40.70; G40.71; G40.80; G40.81; G40.90; G40.91; G52.1; G56.4; G56.8; G56.9; G57.7; G58.0; G58.8; G58.9; G80.3; G95.0; G98; I67.5, I77.3; Q07.0.

2. Sudėtingų sisteminių intervencijų (ACHI) kodai:

30075-05; 30075-06; 30075-08; 30094-11; 39121-00; 39124-02; 39130-00; 39131-00; 39134-01; 39136-01; 39137-00; 39139-00; 39640-00; 39642-00; 39646-00; 39650-00; 39653-00; 39658-00; 39660-02; 39662-02; 39709-01; 39712-01; 39712-02; 39712-03; 39715-00; 39715-01; 39715-02; 39715-03; 40315-00; 40700-00; 40703-00; 40703-01; 40703-02; 40706-00; 40709-00; 40709-02; 40709-03; 40712-00; 40712-02; 40712-03; 40801-00; 40803-00; 41575-00; 41581-00; 42533-00; 42533-01; 42542-00; 42548-00; 90032-00; 90043-00; 90044-00.

3. Vaikų labai retų ligų pagal TLK-10-AM kodai:

P10.0; P10.1; P10.2; P10.3; P10.4; P10.8; P10.9; P11.0; P11.1; P11.2; P11.3; P11.4; P11.5; P11.9; P12.0; P12.1; P12.2; P12.3; P12.9; P13.0; Q01.0; Q01.1; Q01.2; Q01.81; Q01.82; Q01.83; Q01.84; Q01.89; Q01.9; Q03.0; Q03.1; Q03.8; Q03.9; Q04.00; Q04.01; Q04.09; Q04.1; Q04.2; Q04.31; Q04.32; Q04.33; Q04.34; Q04.35; Q04.36; Q04.39; Q04.4; Q04.5; Q04.6; Q04.60; Q04.61; Q04.62; Q04.8; Q04.9; Q05.00; Q05.01; Q05.02; Q05.10; Q05.11; Q05.12; Q05.20; Q05.21; Q05.22; Q05.30; Q05.31; Q05.32; Q05.40; Q05.41; Q05.42; Q05.50; Q05.51; Q05.52; Q05.60; Q05.61; Q05.62; Q05.70; Q05.71; Q05.72; Q05.80; Q05.81; Q05.82; Q05.90; Q05.91; Q05.92; Q06.0; Q06.1; Q06.2; Q06.3; Q06.4; Q06.8; Q06.9; Q28.0; Q28.1; Q28.2; Q28.3; Q75.01; Q75.02; Q75.03; Q75.04; Q75.05; Q75.06; Q75.09; Q75.1; Q75.2; Q75.31; Q75.39; Q75.4; Q75.5; Q75.81; Q75.89; Q75.9; Q76.0; Q76.1; Q76.21; Q76.22; Q76.31; Q76.39; Q76.41; Q76.42; Q76.43; Q76.44; Q76.45; Q76.49; Q76.5; Q89.41; Q89.42.“

46. Pagal ginčijamas 2015 m. plano nuostatas, skubiąsias neurochirurgijos paslaugas retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems suaugusiesiems numatyta teikti kraštų neurochirurgijos centruose, tačiau tokie pacientai, įvertinus perkėlimo riziką, skubiai ir saugiai turi būti perkelti į universitetinį neurochirurgijos centrą (2015 m. plano 12 p.). Taigi pagal 2015 m. plano 12 punktą, skubiosios neurochirurgijos paslaugas retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems suaugusiesiems turi būti suteiktos kraštų neurochirurgijos centruose, tačiau įvertinus perkėlimo riziką, perkelti į universitetinį neurochirurgijos centrą.

47. Planines neurochirurgijos paslaugas retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems suaugusiesiems numatyta teikti universitetiniuose neurochirurgijos centruose (2015 m. plano 14 p.).

48. Planines neurochirurgijos paslaugas suaugusiesiems, sergantiems labai retomis neurochirurgijos ligomis, numatyta teikti Neurochirurgijos kompetencijos centre (2015 m. plano 15 p.).

49. Skubiosios neurochirurgijos paslaugas retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems vaikams pirmiausia suteikiamos artimiausioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, o stabilizavus būklę ir įvertinus perkėlimo riziką, skubiai ir saugiai perkelti į Neurochirurgijos kompetencijos centrą (2015 m. plano 16 p.). Taigi pagal 2015 m. plano 16 punktą, skubiosios neurochirurgijos paslaugas retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems vaikams gali būti suteiktos bet kurioje sveikatos priežiūros įstaigoje, tačiau, įvertinus perkėlimo riziką, gali būti perkelti į Neurochirurgijos kompetencijos centrą.

50. Planines neurochirurgijos paslaugas vaikams numatyta teikti Neurochirurgijos kompetencijos centre (2015 m. plano 17 p.).

51. Sistemiškai aiškinant ginčijamas 2015 m. plano nuostatas, taip pat matyti, kad Neurochirurgijos kompetencijos centre numatyta atlikti ir sudėtingas intervencijas, įtrauktas į 2015 m. plano 1 priede esantį kodų sąrašą.

52. Pagal 2015 m. plano 7 punktą, reta neurochirurgijos liga – tai neurochirurgijos liga, kuri atitinka du kumuliatyvius kriterijus: 1) šia liga serga ne daugiau kaip 5 iš 10 tūkst. žmonių Europos

Sajungoje; ir 2) ši liga yra įtraukta į Retų ligų ir retųjų vaistų sąrašą, skelbiamą interneto ORPHANET portale [www.orpha.net](http://www.orpha.net). Pagal tame pačiame punkte pateiktą labai retos ligos apibrėžimą, labai reta neurochirurgijos liga yra tokia liga, kuri įtraukta į 2015 m. plano 1 priede esantį labai retų neurochirurgijos ligų kodų sąrašą.

53. Pagal 2015 m. plano 8 punkte pateiktą Neurochirurgijos kompetencijos centro apibrėžimą, šiam centrai priskirtas neurochirurgijos paslaugas numatyta teikti tame organizaciniame universiteto ligoninės vienetė, kuris atitinka sveikatos apsaugos ministro numatytus kriterijus. Taigi pagal 2015 m. plano 8 punktą, nacionaliniu kompetencijos centru gali būti subjektas (sveikatos priežiūros įstaiga), kuris: 1) yra universiteto ligoninės organizacinis vienetas; 2) gali užtikrinti neurochirurgijos paslaugų teikimą pacientams, sergantiems 2015 m. plane numatytomis labai retomis ir retomis neurochirurgijos ligomis; 3) atitinka sveikatos apsaugos ministro nustatytus kriterijus.

54. Pareiškėjai išreiškia abejones tuo požiūriu, kad, pasak Seimo narių, pagal nustatytą teisinį reguliavimą apribojama galimybė kraštų neurochirurgijos centruose teikti skubiąsias neurochirurgijos paslaugas retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems suaugusiesiems ir panaikinama galimybė teikti planines neurochirurgijos paslaugas retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems suaugusiesiems; panaikinama galimybė universitetiniuose neurochirurgijos centruose teikti planines neurochirurgijos paslaugas suaugusiesiems, sergantiems retomis neurochirurgijos ligomis, kurių kodai yra įtraukti į 2015 m. plano 1 priede esantį sąrašą; apribojama galimybė tiek kraštų neurochirurgijos centruose, tiek universitetiniuose neurochirurgijos centruose teikti skubiąsias neurochirurgijos paslaugas retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems vaikams ir panaikinama galimybė minėtuose centruose teikti planines neurochirurgijos paslaugas vaikams, taip pat atlikti sudėtingas sisteminės intervencijas, kurių kodai įtraukti į 2015 m. plano 1 priede esantį sąrašą. Be to, pareiškėjų nuomone, nustačius neteisėtą 2015 m. plano 1 priedą ir priskyrus skubiųjų neurochirurgijos paslaugų retomis ligomis sergantiems vaikams bei planinių neurochirurgijos paslaugų vaikams teikimą, faktiškai visos neurochirurgijos paslaugos nepagrįstai numatytos teikti vienoje sveikatos priežiūros įstaigoje – Neurochirurgijos kompetencijos centre.

55. Šiame kontekste pažymėtina, kad Sveikatos apsaugos ministerijos teigimu, nepaisant to, kad 2015 m. plane tiek apibrėžiant Neurochirurgijos kompetencijos centro sąvoką, tiek kitose nuostatose vartojama vienaskaitos forma, 2015 m. plano pagrindu gali veikti keli ir daugiau Neurochirurgijos kompetencijos centrų. Išplėstinė teisėjų kolegija, nesutikdama su tokiu ginčijamo teisinio reguliavimo vertinimu, atkreipia dėmesį, kad visose 2015 m. plano nuostatose (8 p., 13 p., 15 p., 16 p., 17 p., 33.1 p., 33.2, 33.3 p.) vartojamas daiktavardžio „neurochirurgijos kompetencijos centras“ skaičius – vienaskaita. Jeigu traktuotume, kad tekste vartojamas vienaskaitos skaičius turėtų reikšti daugiskaitą, kaip teigia Sveikatos apsaugos ministerija, tada logiška būtų minėtos sąvokos daugiskaitos skaičių vartoti ir tokiose 2015 m. plano teisės normų konstrukcijose, kaip, pavyzdžiui, „planinė neurochirurgijos paslauga suaugusiesiems teikiama Neurochirurgijos kompetencijos centre, universitetiniuose neurochirurgijos centruose ir kraštų neurochirurgijos centruose <...>“. Todėl matyti, kad žodžio „neurochirurgijos kompetencijos centras“ vienaskaita 2015 m. plane teisėkūros subjekto vartojama neatsitiktinai. Atitinkamai teigti, jog tiesiogiai teisės normos tekste pavartotas daiktavardžio „neurochirurgijos kompetencijos centras“ skaičius – vienaskaita reiškia ir daugiskaitą, išplėstinės teisėjų kolegijos požiūriu, būtų nekorektiška. Iš to išplaukia, kad 2015 m. planas įtvirtina tokį teisinį reguliavimą, pagal kurį tam tikras neurochirurgijos paslaugas numatyta teikti viename Neurochirurgijos kompetencijos centre. Tai, kad teisės normos tekstas sutampa su teisėkūros subjekto valia, parodo ir kitos 2015 m. plano nuostatos, *inter alia* susijusios su šio plano įgyvendinimo veiksmis: „iki 2015 m. I ketvirčio pabaigos įkurti Neurochirurgijos kompetencijos centrą“ (2015 m. plano 33.1 p.); „nuo Neurochirurgijos kompetencijos centro įkūrimo dienos šiame centre teikti planines neurochirurgijos paslaugas <...>“ (2015 m. plano 33.3 p.) ir kt.

56. Atsižvelgiant į 2015 m. plano 6 punkte pateiktą universitetinių neurochirurgijos centrų apibrėžimą, universitetiniams neurochirurgijos centrams pagal 2015 m. planą priskirtas neurochirurgijos paslaugas numatyta teikti konkrečiose sveikatos priežiūros įstaigose: VšĮ

Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikose.

57. Pareiškėjai iškėlė abejonę, ar pagrįstai prie universitetinių neurochirurgijos centrų kategorijos nėra priskirta VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė. Pažymėtina, kad minėta sveikatos priežiūros įstaiga pagal 2015 m. plano 5 punktą, yra priskirta prie kraštų neurochirurgijos centrų kategorijos. Todėl vertintina, kad pareiškėjai nesutinka ir su 2015 m. plano 5 punkto teisėtumu.

58. 2015 m. plano 25 punktas reglamentuoja, kad atliekant endovaskulines operacijas gydant insultus ir aneurizmas bei kitas į Retų ligų ir retųjų vaistų sąrašą, skelbiamą interneto ORPHANET portale, įtrauktas retas smegenų kraujagyslių ligas, taikomas biplaninis angioseriografas. Pagal 2015 m. plano 28 punkte nustatytą teisinį reguliavimą, teikiant bet kurias neurochirurgijos paslaugas, privaloma turėti ir taikyti intraoperacinį ultragarsą (28.1 p.); teikiant neurochirurgijos paslaugas, kai gydomos retos neurochirurgijos ligos, privaloma turėti ir taikyti intraoperacinę magnetinio rezonanso tomografiją (toliau – MRT), funkcinę MRT ir navigacinę MRT (28.2 p.); teikiant neurochirurgijos paslaugas Neurochirurgijos kompetencijos centre, privaloma turėti ir taikyti intraoperacinę elektroencefalografiją (28.3 p.).

59. Pareiškėjai nesutinka, kad reikalavimai neurochirurgijos padaliniui ir neurochirurgijos paslaugoms yra pagrįsti ir objektyvūs; nustatytus reikalavimus, pasak Seimo narių, faktiškai gali atitikti tik viena konkreti sveikatos priežiūros įstaiga – Kauno klinikos.

60. 2015 m. plano 33 punkte reglamentuojami 2015 m. plano įgyvendinimo etapai, t. y. iki 2015 m. I ketvirčio pabaigos numatyta įkurti Neurochirurgijos kompetencijos centrą, atitinkantį retų ligų centrų ir Europos referencijos centrų tinklo kokybinius ir kiekybinius reikalavimus (33.1 p.); iki 2015 m. II ketvirčio pabaigos numatyta parengti Neurochirurgijos kompetencijos centro įsijungimo į Europos referencijos centrų tinklą planą (33.2 p.); nuo Neurochirurgijos kompetencijos centro įkūrimo dienos numatyta šiame centre teikti planines neurochirurgijos paslaugas vaikams, gydyti labai retas neurochirurgijos ligas bei atlikti sudėtingas intervencijas (33.3 p.); numatyta retomis neurochirurgijos ligomis, įtrauktomis į Retų ligų ir retųjų vaistų sąrašą, skelbiamą interneto ORPHANET portale, sergančius pacientus iš Panevėžio ir Šiaulių kraštų pradėti gydyti universitetiniuose neurochirurgijos centruose (33.4 p.); retomis neurochirurgijos ligomis, įtrauktomis į Retų ligų ir retųjų vaistų sąrašą, skelbiamą interneto ORPHANET portale, sergančius pacientus iš Klaipėdos krašto pradėti gydyti universitetiniuose neurochirurgijos centruose (33.5 p.).

61. Pareiškėjai konkrečių argumentų, kodėl paminėtos nuostatos pačios savaime prieštarauja aukštesnės galios teisės aktams, nenurodė, tačiau vertindami 2015 m. plane nustatyto teisinio reguliavimo visumą, šių punktų neteisėtumą pareiškėjai sieja su, jų manymu, neteisėtu sveikatos apsaugos ministro sprendimu neurochirurgijos paslaugų gydant suaugusiuosius, sergančius labai retomis neurochirurgijos ligomis, ir neurochirurgijos paslaugų gydant vaikus teikimą priskirti vienam Neurochirurgijos kompetencijos centrui, kuriam keliamus reikalavimus faktiškai gali atitikti tik viena konkreti sveikatos priežiūros įstaiga – Kauno klinikos, o neurochirurgijos paslaugų, gydant sergančiuosius retomis neurochirurgijos ligomis, teikimą priskirti universitetiniams neurochirurgijos centrams.

62. 2015 m. plano 1 priede „Labai retų neurochirurgijos ligų ir sudėtingų intervencijų kodų sąrašas“ pateikiami neurochirurgijos ligų kodai pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą (toliau – ir TLK-10-AM kodai). Šie TLK-10-AM kodai suskirstyti į dvi kategorijas: labai retų neurochirurgijos ligų ir vaikų labai retų neurochirurgijos ligų kategorijas. Tame pačiame 1 priede taip pat pateikiami sudėtingų sisteminių intervencijų ACHI kodai. Vertinant 2015 m. priedą 1 sistemiškai su kitomis ginčijamo teisinio reguliavimo nuostatomis, šiame priede, nurodant TLK-10-AM kodus, išvardinamos neurochirurgijos ligos, kurias priskirta gydyti Neurochirurgijos kompetencijos centre. 2015 m. plano 1 priede, nurodant ACHI kodus, taip pat išvardinamos konkrečios sisteminės intervencijos, kurias priskirta teikti tame pačiame centre.

63. Pareiškėjų nuomone, į 2015 m. plano 1 priedą įtraukti tie TLK-10-AM kodai, kuriuos atitinkančios ligos negali būti traktuojamos, kaip labai retos neurochirurgijos ligos, o kai kurios iš jų

– net ir ne retos neurochirurgijos ligos, minimame priede išvardintus ACHI kodus atitinkančios sisteminės intervencijos taip pat ne visos yra sudėtingos.

64. Vertinant ginčijamą teisinį reguliavimą kaip visumą, matyti, kad konkreti teikiamų neurochirurgijos paslaugų, priskiriamų atitinkamai sveikatos priežiūros įstaigai kategorijai, apimtis iš esmės apibrėžiama 2015 m. plano 1 priede, jame įtvirtintus konkrečių neurochirurgijos ligų pagal TLK-10-AM kodus ir sisteminių intervencijų pagal ACHI kodus sąrašą. Į šį sąrašą patenkančios neurochirurgijos ligos ir sisteminės intervencijos priskirtos Neurochirurgijos kompetencijos centrui, į šį sąrašą nepatenkančios neurochirurgijos ligos ir sisteminės intervencijos priskirtos kraštų ir universitetiniams neurochirurgijos centrams, tačiau tik universitetiniams neurochirurgijos centrams priskirta teikti neurochirurgijos paslaugas gydant retas suaugusiųjų neurochirurgijos ligas, t. y. ligas, kuriomis serga ne daugiau kaip 5 iš 10 tūkst. žmonių Europos Sąjungoje ir kurios yra įtrauktos į Retų ligų ir retųjų vaistų sąrašą, skelbiamą interneto ORPHANET portale [www.orpha.net](http://www.orpha.net). Konkrečios sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų neurochirurgijos paslaugų apimtis pagal ginčijamą teisinį reguliavimą nustatoma, priskiriant šią įstaigą prie atitinkamos – kraštų ar universitetinių neurochirurgijos centrų – kategorijos, ir apibrėžiant Neurochirurgijos kompetencijos centro sąvoką.

## XII.

*Dėl Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020 metų plano 5, 6, 7, 8, 12, 14–17, 25, 28, 33 punktų ir priedo Nr. 1 atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatai, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 straipsnio 1 daliai ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsnio 1 dalies 2, 3, 4 punktams ir 5 punkte įtvirtintiems asmens sveikatos priežiūros prieinamumo ir tinkamumo principams*

65. Kadangi pareiškime argumentai dėl teisinio reguliavimo dėstomi nekonkretizuojant, kaip ir kodėl kiekvienas 2015 m. plano 6, 7, 8, 12, 14–17, 25, 28, 33 punktas bei priedas Nr. 1 prieštarauja kiekvienai iš nurodytų aukštesnės galios teisės aktų normai, teisėtumo tyrimas šioje norminėje administracinėje byloje, visų pirma, vertintinas dėl ginčijamo teisinio reguliavimo, kaip visumos, atitikties aukštesnės galios teisės aktams.

66. Pareiškėjai kelia klausimą dėl ginčijamo teisinio reguliavimo (visų aukščiau išvardintų 2015 m. plano punktų ir 1 priedo) atitikties *inter alia* Konstitucijos 53 straipsnio 1 daliai, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 straipsniui ir Sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsniui.

67. Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalis įtvirtina, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką. Iš pareiškėjų argumentų matyti, kad abejojama teisėtumu ne visai Konstitucijos 53 straipsnio 1 daliai, o tik jos daliai, t. y. nuostatai, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Todėl ginčijamas teisinis reguliavimas vertintinas būtent minėtos konstitucinės nuostatos požiūriu.

68. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo (2014 m. birželio 26 d. įstatymo Nr. XII-982 redakcija) 3 straipsnyje „Teisė į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas“ numatyta, kad pacientas turi teisę į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas (1 d.); kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų rodiklius ir jų turinio reikalavimus nustato sveikatos apsaugos ministras (2 d.); pacientas turi teisę į savo garbės ir orumo nežeminančias sąlygas ir pagarbų sveikatos priežiūros specialistų elgesį. Pacientui turi būti suteikiamos mokslu pagrįstos nuskausminamosios priemonės, kad jis nekentėtų dėl savo sveikatos sutrikimų. Pacientas turi teisę būti prižiūrimas ir numirti pagarboje (3 d.). Iš pareiškimo turinio matyti, kad pareiškėjų argumentai susiję tik su Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo (2014 m. birželio 26 d. įstatymo Nr. XII-982 redakcija)



3 straipsnio 1 dalimi, todėl ginčijamas teisinis reguliavimas bus vertinamas minėtos įstatymo straipsnio dalies apimtyje.

69. Sveikatos sistemos įstatymo (2015 m. spalio 15 d. įstatymo Nr. XII-1957 redakcija) 5 straipsnyje „Sveikatinimo veiklos reguliavimo principai“ nurodyta:

„1. Šio įstatymo 1 ir 3 straipsniuose nurodytiems santykiams reguliuoti taikomi šie principai:

- 1) visapusė asmens ir visuomenės sveikatos sauga;
- 2) asmens, visuomenės sveikatos bei valstybės interesų derinimas;
- 3) asmens teisių turėti kuo geresnę sveikatą lygybė, nesvarbu, kokios jis būtų lyties, rasės, tautybės, pilietybės, socialinės padėties ir profesijos;
- 4) asmens laisvė pasirinkti kuo geresnės sveikatos sąlygas;
- 5) asmens sveikatos priežiūros priimtumas, prieinamumas ir tinkamumas;
- 6) asmenų laisvė vienyti į visuomenines organizacijas, ginančias asmens ir visuomenės sveikatos interesus, ir valstybės parama šių organizacijų veiklos programoms;
- 7) visuomenės informavimas visapusiškai teisingai ir laiku apie kuo geresnės sveikatos ugdymo sąlygas bei šių sąlygų reklama;
- 8) visuomeninių organizacijų dalyvavimas valdant sveikatinimo veiklą ir tiesiogiai, ir per išrinktus savo atstovus;
- 9) valstybės parama asmenims saugant, atgaunant ir stiprinant jų sveikatą;
- 10) valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros nustatymas;
- 11) visų sveikatinimo veiklos subjektų vykdoma visapusė pavojaus ir žalos asmens ir visuomenės sveikatai prevencija;
- 12) valstybės skatinamos sveikatai naudingos ūkinė veikla ir iniciatyva.

2. Jeigu šio įstatymo 1 ir 3 straipsnyje nurodyti santykiai įstatymų nėra sureguliuoti ir jiems negalima pritaikyti panašius santykius reguliuojančių teisės normų nuostatų, tai sprendžiant kilusius ginčus taikomi šio straipsnio 1 dalyje išvardyti principai“.

70. Iš pareiškėjų argumentų matyti, kad abejonės dėl teisinio reguliavimo teisėtumo keliamos tik Sveikatos sistemos įstatymo (2015 m. spalio 15 d. įstatymo Nr. XII-1957 redakcija) 5 straipsnio 1 dalies 2, 3, 4 punktų ir 5 punkte įtvirtintų asmens sveikatos priežiūros prieinamumo ir tinkamumo principų apimtyje. Atsižvelgiant į tai, išplėstinė teisėjų kolegija atliks tyrimą dėl ginčijamo teisinio reguliavimo atitikties būtent šioms minėto įstatymo nuostatom.

### XIII.

71. Konstitucinis Teismas, atskleisdamas konstitucinius sveikatos apsaugos pagrindus, yra pažymėjęs, kad įgyvendinant Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtintą valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, yra užtikrinama teisės į sveikatos priežiūrą garantija (Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas).

72. Konstitucinis Teismas taip pat yra konstatavęs, kad žmogaus ir visuomenės sveikata yra viena svarbiausių visuomenės vertybių (*inter alia* Konstitucinio Teismo 2002 m. liepos 11 d., 2005 m. rugsėjo 29 d., 2011 m. birželio 21 d. nutarimai), žmonių sveikatos apsauga yra konstituciškai svarbus tikslas, viešasis interesas, rūpinimasis žmonių sveikata – valstybės funkcija (*inter alia* Konstitucinio Teismo 2004 m. sausio 26 d., 2005 m. rugsėjo 29 d., 2011 m. birželio 21 d. nutarimai); įgyvendinant konstitucinę valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata, *inter alia* užtikrinti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, turi būti sukurta veiksminga sveikatos apsaugos sistema, sudarytos deramos sąlygos jai veikti (Konstitucinio Teismo 2009 m. rugsėjo 2 d. nutarimas); valstybė privalo sudaryti teises ir organizacines prielaidas veikti tokiai sveikatos apsaugos sistemai, kuri užtikrintų kokybišką ir visiems prieinamą sveikatos priežiūrą (Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas); vykdydamos šią konstitucinę funkciją, valstybės sveikatos politiką formuojančios ir įgyvendinančios valstybės institucijos, be kita ko, turi imtis priemonių, kad būtų sukurta reikiama infrastruktūra ir veiktų tiek ir taip paskirstytų įvairias

sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų (tarp jų valstybinių), kad sveikatos priežiūros paslaugas būtų galima gauti laiku (Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas). Konstitucinis Teismas 2013 m. gegužės 16 d. nutarime taip pat yra išaiškinęs, kad reguliuojant privalomojo sveikatos draudimo santykius, įstatymų leidėją saisto iš Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies kylantis reikalavimas užtikrinti visiems vienodą kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, konstituciniai solidarumo, socialinės darnos ir teisingumo imperatyvai, atsakingo valdymo, protingumo, proporcingumo, asmenų lygiateisiškumo principai.

73. Minėta, kad Sveikatos sistemos įstatymo (2015 m. spalio 15 d. įstatymo Nr. XII-1957 redakcija) 5 straipsnio 1 dalies 5 punkte įtvirtinta, jog reguliuojant sveikatinimo veiklą, turi būti vadovaujamsi, be kita ko, asmens sveikatos priežiūros prieinamumo ir tinkamumo principais. To paties įstatymo 2 straipsnio 10 dalyje sveikatos priežiūros prieinamumas apibrėžiamas, kaip valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei, 2 straipsnio 11 dalyje nurodoma, kad sveikatos priežiūros tinkamumas – tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą.

74. Išdėstytų nuostatų kontekste pažymėtina, kad atsižvelgiant į Sveikatos apsaugos ministerijos veiklos tikslus – formuoti valstybės politiką asmens sveikatos priežiūros srityje, organizuoti, koordinuoti ir kontroliuoti jos įgyvendinimą (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998 m. liepos 24 d. nutarimu Nr. 926 (2010 m. spalio 13 d. nutarimo Nr. 1443 redakcija) 9.1 p.), Sveikatos apsaugos ministerija, įgyvendindama minėtus tikslus, turi pareigą vykdyti Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtintą konstitucinę valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata. Todėl nustatydamas su asmens sveikatos priežiūra susijusį teisinį reguliavimą, *inter alia* teisinėmis priemonėmis organizuodama asmens sveikatos priežiūros paslaugų (taip pat ir neurochirurgijos paslaugų) teikimą, Sveikatos apsaugos ministerija privalo paisyti ir iš minėtos Konstitucijos nuostatos išplaukiančių konstitucinių ir įstatyminių reikalavimų sukurti ir įgyvendinti tokią asmens sveikatos apsaugos sistemą, kuri veiksmingai užtikrintų *inter alia* prieinamą ir tinkamą asmens sveikatos priežiūrą (asmens sveikatos priežiūros paslaugas) ir konstitucinės asmens teisės į tokią sveikatos priežiūrą realizavimą.

75. Siekdama nepaneigti šių su veiksminga asmens sveikatos priežiūra susijusių principų, Sveikatos apsaugos ministerija turi ypač atidžiai ir atsakingai vykdyti jai, kaip teisėkūros subjektui, adresuojamas pareigas.

76. Šiuo požiūriu pirmiausia paminėtina, kad Konstitucijoje yra įtvirtintas atsakingo valdymo principas (Konstitucinio Teismo 2004 m. liepos 1 d. nutarimas). Šis konstitucinis principas suponuoja tai, kad visos valstybės institucijos ir pareigūnai turi vykdyti savo funkcijas vadovaudamiesi Konstitucija, teise, veikdami Tautos ir Lietuvos valstybės interesais ir tinkamai įgyvendinti jiems Konstitucijos ir įstatymų suteiktus įgaliojimus (Konstitucinio Teismo 2012 m. spalio 26 d., 2012 m. lapkričio 10 d. išvados). Tinkamas, atsakingas valdymas, kaip yra aišku iš Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo praktikos, neatsiejamas ir nuo gero administravimo reikalavimų. Kiekviena viešojo administravimo institucija yra saistoma tiek bendrųjų teisės principų (teisinės valstybės, valdžios įstaigos tarnauja žmonėms, teisės viršenybės, draudimo diskriminuoti, asmenų lygybės prieš įstatymą, proporcingumo ir kt.), tiek gero administravimo, atsakingo valdymo principų (teisėtumo, objektyvumo, nepiktnaudžiavimo valdžia, skaidrumo ir kt.) (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2012 m. kovo 1 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A<sup>502</sup>-1605/2012, 2015 m. spalio 7 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. A-1095-492/2015).

77. 2015 m. plane nustatytas neurochirurgijos paslaugų suskirstymas konkrečioms arba tam tikru būdu apibrėžtomis sveikatos priežiūros įstaigoms vertintinas, kaip diferencijuotas teisinis reguliavimas. Konstitucinis Teismas ne kartą yra konstatavęs, kad teisinės valstybės principas apima ir reikalavimą nustatyti tokį diferencijuotą teisinį reguliavimą, kuris būtų grindžiamas tik atitinkamais teisės aktais reguliuojamų visuomeninių santykių subjektų padėties objektyviais skirtumais (pvz., Konstitucinio Teismo 2004 m. gruodžio 13 d., 2008 m. gruodžio 24 d. nutarimai).

Pasirinktos teisinės priemonės taip pat turi atitikti proporcingumo principą, kuris reiškia, kad nustatytos teisinės priemonės turi būti būtinos demokratinėje visuomenėje ir tinkamos siekiamiems teisėtiems bei visuotinai svarbiems tikslams (tarp tikslų ir priemonių turi būti pusiausvyra), jos neturi varžyti asmens teisių labiau negu reikia šiems tikslams pasiekti (pvz., Konstitucinio Teismo 2004 m. gruodžio 13 d., 2006 m. sausio 16 d. nutarimai, 2012 m. birželio 29 d., 2013 m. vasario 15 d. nutarimai).

78. Proporcingumo principas taip pat yra vienas iš bendrųjų Europos Sąjungos teisės principų ir pagal jį reikalaujama, kad Europos Sąjungos teisės nuostata nustatytos priemonės būtų tinkamos atitinkamais teisės aktais siekiamiems teisėtiems tikslams įgyvendinti ir neviršytų to, kas būtina jiems pasiekti (*inter alia* Europos Sąjungos Teisingumo Teismo 2011 m. gegužės 12 d. sprendimo *Liuksemburgas prieš Parlamentą ir Tarybą*, C-176/09, 61 p., 2012 m. kovo 13 d. sprendimo *Melli Bank prieš Tarybą*, C-380/09 P, 52 p.). Šis principas taip pat reikalauja, kad institucijos, priėmusios administracinį aktą, galėtų teisme įrodyti, jog aktas buvo priimtas veiksmingai pasinaudojant savo diskrecija, kuri reikalauja atsižvelgti į visus šioje situacijoje, kurią šiuo aktu siekiama reglamentuoti, svarbius duomenis ir aplinkybes. Šios institucijos bent turi galėti pateikti bei aiškiai ir nedviprasmiškai išdėstyti bazinius duomenis, į kuriuos turėjo būti atsižvelgta pagrindžiant ginčijamas šio akto priemones ir nuo kurių priklausė jų diskrecijos įgyvendinimas (pvz., Europos Sąjungos Teisingumo Teismo 2006 m. rugsėjo 7 d. sprendimas byloje *Ispanija prieš Europos Tarybą*, Nr. C-310/04, 122–123 p.). Būtinumo elementas reikalauja rinktis mažiausiai ribojančias poveikio priemones, tinkamumo – pasirinkti priemonę, kuri būtų tinkama (ar tikėtina, kad tinkama) teisėtam tikslui pasiekti. Europos Žmogaus Teisių Teismas, taikydamas ir aiškindamas Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvenciją, taip pat vertina, ar yra išlaikomas proporcingas pasirinktų priemonių ir siekiamo teisėto tikslo santykis, t. y. ar egzistuoja protinga pusiausvyra tarp siekiamo tikslo ir taikomų priemonių (pvz., Europos Žmogaus Teisių Teismo 2006 m. birželio 20 d. sprendimas byloje *Zarb Adami prieš Maltą* (pareiškimo Nr. 17209/02), 72 p., 2010 m. kovo 29 d. sprendimas byloje *Depalle prieš Prancūziją* (pareiškimo Nr. 34044/02), 83 p.). Pažymėtina, kad pagal Europos Žmogaus Teisių Teismo praktiką, valstybėms paprastai suteikiama nuožiūros laisvė nustatant tam tikras priemones, tačiau valstybių veiksmai neturi daryti tokio poveikio konkrečiai teisei, kad paneigtų šios teisės veiksmingumą ir pačią jos esmę (pvz., Europos Žmogaus Teisių Teismo 2002 m. balandžio 9 d. sprendimas byloje *Podkolzina prieš Latviją* (pareiškimo Nr. 46726/99), 33 p., 2010 m. kovo 23 d. sprendimas byloje *Cudak prieš Lietuvą* (pareiškimo Nr. 15869/02), 55 p.).

79. Iš oficialios konstitucinės doktrinos nuostatų taip pat aišku, kad konstitucinis teisinės valstybės principas suponuoja ir kitus reikalavimus teisėkūros subjektams. Konstitucinis teisinės valstybės principas, be kita ko, neleidžia poįstatyminiais teisės aktais nustatyti tokio teisinio reguliavimo, kuris nebūtų grindžiamas įstatymais (*inter alia* Konstitucinio Teismo 2006 m. kovo 14 d., 2009 m. birželio 22 d. nutarimai). Vienas esminių Konstitucijoje įtvirtinto teisinės valstybės principo elementų yra teisinis tikrumas ir teisinis aiškumas (*inter alia* Konstitucinio Teismo 2008 m. gruodžio 24 d. nutarimas). Konstitucinis teisinės valstybės principas taip pat reikalauja, kad teisinių santykių subjektai galėtų žinoti, ko iš jų reikalauja teisė; įstatymuose ir kituose teisės aktuose nustatytas teisinis reguliavimas turi būti aiškus, suprantamas, neprieštaringas, teisės aktų formuluotės turi būti tikslios, turi būti užtikrinami teisės sistemos nuoseklumas ir vidinė darna (*inter alia* Konstitucinio Teismo 2004 m. gruodžio 13 d., 2006 m. sausio 16 d. nutarimai).

80. Šiame kontekste taip pat pažymėtina, kad Sveikatos apsaugos ministerija, sprendama, kokias konkrečias neurochirurgijos paslaugas gali teikti konkreti arba tam tikru būdu apibrėžta sveikatos priežiūros įstaiga, tokiu būdu iš esmės nustato individualaus pobūdžio elgesio taisyklę. Tokio pobūdžio elgesio taisyklėms keliami tokie patys, kaip ir individualiam administraciniam aktui numatyti reikalavimai (Viešojo administravimo įstatymo 8 str. 1 d.), t. y. jos, be kita ko, turi būti pagrįstos objektyviais duomenimis (faktais) ir teisės aktų normomis.

81. Minėta, kad žmogaus sveikata – viena iš svarbiausių visuomenės vertybių, o jos apsauga – konstituciškai svarbus tikslas, viešasis interesas, rūpinimasis žmonių sveikata – viena iš

prioritetinių valstybės funkcijų, todėl nurodyti viešojo administravimo subjekto veiklos principai ir teisėkūros reikalavimai, išplėstinės teisėjų kolegijos nuomone, yra neatsiejami, įgyvendinant Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtintą valstybės priedermę tinkamai pasirūpinti žmonių sveikata ir efektyviai realizuoti konstitucinę asmens teisę į kokybišką ir prieinamą sveikatos priežiūrą.

82. Nagrinėjamos norminės administracinės bylos atveju tai reiškia, kad pagal kompetenciją organizuodama iš PSDF biudžeto lėšų finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų (šiuo atveju neurochirurgijos paslaugų) teikimą, Sveikatos apsaugos ministerija privalo nustatyti tokį poįstatyminį teisinį reguliavimą, kuris atitiktų iš konstitucinių teisinės valstybės, atsakingo valdymo principų kylančius reikalavimus, *inter alia* turi būti grindžiamas įstatymo normomis, būti aiškus, suprantamas, neprieštaringas, tikslus, nuoseklus ir suderintas su kitais aktualiais teisės aktais. Sveikatos apsaugos ministerijos šioje valstybinio valdymo srityje pasirinktos ir konkrečiame poįstatyminiame teisės akte įtvirtintos teisinio reguliavimo priemonės, be kita ko, turi būti pagrįstos, protingos ir proporcingos (tinkamos ir būtinos teisėtiems tikslams pasiekti). Taigi konkretus neurochirurgijos paslaugų teikimo modelis vertintinas pagal tai, ar tokį modelį nustatantis ginčijamas teisinis reguliavimas, priimtas esant konkrečioms faktinėms ir teisinėms prielaidoms, ar pasirinktas neurochirurgijos paslaugų teikimo modelis grindžiamas tinkamai nustatytais objektyviomis aplinkybėmis (duomenimis), ar tokios teisinio reguliavimo priemonės yra tinkamos ir būtinos deklaruojamiems tikslams pasiekti.

#### XIV.

83. 2015 m. plano nuostatomis, kaip nurodoma šio plano 1 punkte, sveikatos apsaugos ministras siekė užtikrinti kokybiškų neurochirurgijos paslaugų teikimą Lietuvos Respublikos gyventojams, sumažinti negalios mastą ir mirštamumą dėl neurochirurgijos ligų, racionaliai panaudoti Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšas. Išplėstinė teisėjų kolegija nekvestionuoja, kad asmens sveikatos priežiūros tinkamumas (kokybė ir efektyvumas), taip pat ekonomišką PSDF biudžeto lėšų naudojimą – visuotinai svarbūs ir teisėti nustatomomis teisėkūros priemonėmis siekiami tikslai.

84. Kaip nurodoma pačiame 2015 m. plane, 2015 m. planas patvirtintas, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 18 d. įsakymu Nr. V-938 patvirtintu Nacionaliniu veiklos, susijusios su retomis ligomis, planu (toliau – ir Retų ligų planas). Retų ligų plane, be kita ko, nurodoma, kad tikslinga retas ligas gydyti specializuotas paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose (Retų ligų plano 11 p.), išreiškiamas labai specializuotos pagalbos retomis ligomis sergantiems pacientams centralizavimo siekis (Retų ligų plano 19 p.). 2015 m. planas patvirtintas, taip pat siekiant įgyvendinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos 2013 m. gruodžio 12 d. nutarimą Nr. 8 „Dėl neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metais” (t. III, b. l. 23). Šiuo nutarimu iš esmės pritarta būtinybei 2014–2020 metais struktūrizuoti neurochirurgijos paslaugas (nutarimo 1 p.); paprašyta Lietuvos neurochirurgijos draugijos įvertinti pateiktą informaciją apie neurochirurgijos paslaugų struktūrizavimą 2014–2020 metais ir pateikti išvadas (nutarimo 2 p.); nuspręsta sudaryti darbo grupę neurochirurgijos paslaugų struktūrizavimo 2014–2020 metais planui parengti ir jai pavesti iki 2014 m. vasario 1 d. paruošti reikiamų teisės aktų projektus (nutarimo 3 p.).

85. Išplėstinės teisėjų kolegijos vertinimu, nepaisant to, kad iki 2015 m. plano priėmimo Sveikatos apsaugos ministerijos lygmeniu buvo suformuluoti tam tikri tikslai neurochirurgijos paslaugų srityje, vien tik deklaratyvios nuostatos, susijusios su retų ligų centralizacija, negali pačios savaime pagrįsti, kad konkrečiu neurochirurgijos paslaugų teikimo modeliu nustatyta šių paslaugų centralizacijai egzistuoja faktinės ir teisinės prielaidos. Nei nurodytuose dokumentuose, kuriais vadovaujantis buvo priimtas 2015 m. planas, nei pačiame 2015 m. plane, nei kituose aktuose nėra nustatyti jokie kriterijai (pvz., operacijų, gydant neurochirurgijos ligas skaičius per metus, geografinis atstumas iki artimiausios ligoninės, įstaigos ar atskirų padalinių veiklos ekonominiai–finansiniai rodikliai, turimas specialistų skaičius, įranga ar pan.), rodikliai (pvz., koks

operacijų, gydant neurochirurgijos ligas, skaičius yra pakankamas sveikatos priežiūros paslaugų saugumui, turimų specialistų ir medicinos įrangos efektyviam naudojimui užtikrinti ar pan.), kurių pagrindu būtų galima įvertinti esamą padėtį neurochirurgijos srityje ir atitinkamai patikrinti 2015 m. plane įtvirtinto neurochirurgijos paslaugų optimizavimo (ar kaip *expressis verbis* nurodyta Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos 2013 m. gruodžio 12 d. nutarime Nr. 8, struktūrizavimo) pagrįstumą (atitikimą faktiniams duomenis) ir atitiktį teisinio reguliavimo priemonių būtinumo ir tinkamumo kriterijams. Sveikatos apsaugos ministerija nagrinėjamoje byloje jokio teisės akto ar kito dokumento, kuriame būtų suformuluoti aiškūs kriterijai, pateikti konkretūs rodikliai ir atlikta vertinamoji analizė, nepateikė ir nenurodė. Šiame kontekste pažymėtina, kad Sveikatos apsaugos ministerijos teigimu, nustatant ginčijamą teisinį reguliavimą, buvo atsižvelgta į Valstybinės ligonių kasos pateiktus duomenis iš Privalomojo sveikatos draudimo kompiuterizuotos informacinės sistemos „Sveidra“ apie 2013 m. atliktų neurochirurgijos operacijų Lietuvoje skaičių kiekvienoje sveikatos priežiūros įstaigoje, tačiau toks teisinio reguliavimo pagrindimas, išplėstinės teisėjų kolegijos vertinimu, tiek formos, tiek turinio požiūriu nėra pakankamas ir tinkamas.

86. Atkreiptinas dėmesys, kad Retų ligų plano 13 punkte nurodyta, jog duomenys apie retų ligų paplitimą šiuo metu Lietuvoje nėra susisteminti, retų ligų neįmanoma iki galo klasifikuoti pagal TLK-10-AM, ypač kai šios ligos registruojamos pagal vyraujančius klinikinius simptomus. Sveikatos apsaugos ministerija nei procesiniuose dokumentuose, nei prie bylos prijungtoje su 2015 m. plano rengimu susijusioje medžiagoje jokių susistemintų duomenų apie retas neurochirurgijos ligas Lietuvoje (jų paplitimą, operacijų gydant retas neurochirurgijos ligas, skaičių, pasiskirstymą pagal regionus (ar rajonus), rezultatus ir pan.), nepateikė.

87. Pareiškėjai, pateikdami paaiškinančius duomenis, nurodė, kad nustatant ginčijamą teisinį reguliavimą, nebuvo atsižvelgta į neurochirurgijos specifiką, kadangi retoms ligoms pagal sergančiųjų skaičių galima priskirti visas Lietuvos neurochirurgijos skyriuose gydomas neurochirurgijos ligas. Taip pat pareiškėjai paaiškino, kad iš 2015 m. plano 1 priede pateiktame Labai retų neurochirurgijos ligų ir susistemintų intervencijų kodų sąrašė nurodytų 203 kodų apskritai tik 126 kodai yra įtraukti į Retų ligų ir retųjų vaistų sąrašą, skelbiamą interneto ORPHANET portale [www.orpha.net](http://www.orpha.net), o iš šių įtrauktų kodų ORPHANET portale [www.orpha.net](http://www.orpha.net) išskiriamos kaip retos tik kai kurios šio kodo ligų grupės. Pareiškėjų teigimu, labai retų ligų kategorijai priskiriamos ir kai kurios pareiškime išvardintos pačios dažniausios neurochirurgijos ligos. Sveikatos apsaugos ministerija dėl šių argumentų nei procesiniuose dokumentuose, nei teismo posėdžio metu nepasisakė ir pareiškėjo teiginių nepaneigė. Pareiškėjai taip pat kvestionavo konkrečių sisteminių intervencijų įtraukimą į 2015 m. plano 1 priedą bei visų planinių neurochirurgijos paslaugų vaikams priskyrimą Neurochirurgijos kompetencijos centrui. Tačiau, išplėstinės teisėjų kolegijos vertinimu, Sveikatos apsaugos ministerija nepagrindė, nei kodėl kai kurios 2015 m. plano 1 priede nurodytos sisteminės intervencijos laikomos sudėtingos, nei kodėl jas galima atlikti tik Neurochirurgijos kompetencijos centre, nei kokiais duomenimis remiantis nuspręsta dalį skubiosios vaikų neurochirurgijos ir visą planinę vaikų neurochirurgiją priskirti tik vienai sveikatos priežiūros įstaigai – Neurochirurgijos kompetencijos centrui.

88. Minėta, kad 2015 m. plano 1 priede, nurodant TLK-10-AM ir ACHI kodus, išvardinamos neurochirurgijos ligos bei sisteminės intervencijos, kurias priskirta gydyti ir teikti vienoje sveikatos priežiūros įstaigoje – Neurochirurgijos kompetencijos centre. Retas ligas, įtrauktas į interneto ORPHANET portalą [www.orpha.net](http://www.orpha.net), bet nepriskirtas 2015 m. plano 1 priede esančiam sąrašui, numatyta gydyti universitetiniuose neurochirurgijos centruose. Todėl vertintina, kad įvedus „retos neurochirurgijos ligos“ ir „labai retos neurochirurgijos ligos“ kategorijas, pagal ginčijamą teisinį reguliavimą beveik visos neurochirurgijos paslaugos Lietuvoje priskirtos teikti vienoje arba keliose sveikatos priežiūros įstaigose. Tačiau, išplėstinės teisėjų kolegijos vertinimu, tokio masto centralizacijai įvykdyti būtinas išsamus, aiškus ir tinkamai atliktas pagrindimas, specialiomis žiniomis paremtas tokios centralizacijos poveikio sveikatos priežiūrai ir atitikimo siekiamiems tikslams įvertinimas.

89. Byloje nėra nustatyti pakankamai aiškūs ir išsamūs duomenys (kriterijai, rodikliai), remiantis kuriais, priimant 2015 m. planą, buvo nuspręsta, kad krašto neurochirurgijos kategorijai

priskirtoms sveikatos priežiūros įstaigoms apribojama galimybė teikti didelę iš PSDF biudžeto apmokamų neurochirurgijos paslaugų dalį. Tikslas gydant retas neurochirurgijos ligas teikti specializuotas neurochirurgijos paslaugas ir centralizuoti šių paslaugų teikimą pats savaime nepagrindžia, kad tokias specializuotas sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti tik universitetiniai neurochirurgijos centrai, ir tokių specializuotų paslaugų nėra pajėgūs teikti krašto neurochirurgijos centrai ar kitos sveikatos priežiūros įstaigos.

90. Pagal 2015 m. plano 5 punktą, krašto neurochirurgijos centras apibrėžiamas, kaip neurochirurgijos centras, kuriame teikiamos neurochirurgijos paslaugos tam tikros Lietuvos Respublikos teritorijos dalies, apimančios kelis administracinis vienetus ar jų dalis, gyventojus. Tačiau nesant iš anksto nustatytų ir aiškiai apibrėžtų kriterijų (į ką atsižvelgiama vertinant), rodiklių (koks turi būti vertinamasis skaičius ar kokybė) ir esamos padėties įvertinimo (neurochirurgijos paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius, pasiskirstymas, turimi specialistai, turima įranga, atitikimas rodikliams ir pan.), negali būti paaiškinama, kodėl prie šios kategorijos neurochirurgijos centrų priskiriamos būtent 2015 m. plane išvardintos konkrečios sveikatos priežiūros įstaigos.

91. Byloje pateiktas Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos 2013 m. gruodžio 12 d. posėdžio protokolas Nr. MK-4, iš kurio matyti, kad jo metu buvo pristatytas A. T. parengtas neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 m. Lietuvoje projektas (III t., b. l. 33–45). Šio projekto pagrindu, kaip galima suprasti iš byloje esančių procesinių dokumentų, buvo parengtas tiek sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 10 d. įsakymu Nr. V-677 patvirtintas Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metų planas (šiuo metu pripažintas netekęs galios), tiek šioje byloje ginčijamas 2015 m. planas. Minėtame Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos posėdyje Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto prodekanė atkreipė dėmesį, kad projektui trūksta poreikio analizės ir modeliavimo kriterijų. Iš projekto medžiagos taip pat matyti, kad remiamasi Valstybinės ligonių kasos duomenimis (Privalomojo sveikatos draudimo kompiuterizuotos informacinės sistemos „Sveidra“ duomenimis) apie 2013 m. atliktų neurochirurgijos operacijų Lietuvoje skaičių kiekvienoje sveikatos priežiūros įstaigoje. Pagal šiuos duomenis pateiktas skaičius operacijų, kurios klasifikuojamos pagal paslaugų lygmenis (II, III), taip pat didžiųjų bei mažųjų operacijų kategorijas. Sveikatos apsaugos ministro 2012 m. vasario 27 d. įsakymu Nr. V-145 patvirtintame Detalizuotame didžiųjų ir mažųjų operacijų sąrašė mažajai ir didžiąjai operacijai priskiriami ACHI (medicininių intervencijų klasifikacija) kodai, todėl tai, išplėstinės teisėjų kolegijos nuomone, visapusiškai ir tiksliai neatspindi objektyvių faktinių duomenų apie neurochirurgijos paslaugų gydant neurochirurgijos ligas, kurios 2015 m. plane įvardinamos kaip retos ir labai retos neurochirurgijos ligos, skaičių ir esamą būklę Lietuvoje. Iš darbo grupės, rengusios 2014 m. plano projektą (2014 m. plano pagrindu buvo patvirtintas ir 2015 m. planas), posėdžių garso įrašų taip pat aišku, kad darbo grupės nariai nesutarė dėl projekte nurodytų neurochirurgijos operacijų skaičiaus kiekvienoje 2015 m. plane įvardintoje sveikatos priežiūros įstaigoje, o tai kelia abejones projekto pagrįstumu ir teisingumu. Be to, įvertinus byloje esančius VLK duomenis apie atliktas didžiąsias operacijas, matyti, kad atotrūkis tarp universitetiniuose neurochirurgijos centruose ir kai kuriose krašto neurochirurgijos centruose priskirtose sveikatos priežiūros įstaigose atliktų didžiųjų operacijų skaičiaus kai kuriais atvejais nėra labai didelis.

92. Atkreiptinas dėmesys taip pat į tai, kad procesiniuose dokumentuose ir viso bylos nagrinėjimo Lietuvos vyriausiam administraciniame teisme metu Sveikatos apsaugos ministerija nurodė vienintelį – operacijų skaičiaus per metus konkrečioje sveikatos priežiūros įstaigoje – kriterijų, kuriuo remiantis buvo atlikta neurochirurgijos paslaugų optimizacija 2015–2020 m. Lietuvoje. Išplėstinės teisėjų kolegijos vertinimu, vien tokio ir taip apibrėžto kriterijaus naudojimas, vertinant neurochirurgijos paslaugų būklę, nėra pakankamas, todėl negali pagrįsti pasirinktų teisinio reguliavimo priemonių – būtinumo ir tinkamumo. Išplėstinė teisėjų kolegija taip pat negali vertinti, kad 2014 m. plano projektas, pagal kurį, kaip teigia ir Sveikatos apsaugos ministerija, buvo patvirtintas 2015 m. planas, pagrindžia, kad ginčijamas teisinis reguliavimas buvo nustatytas,

visapusiškai, atsakingai ir teisingai įvertinus esamą padėtį ir įvertinus poveikį bei laukiamus rezultatus neurochirurgijos srityje.

93. Pareiškėjai nurodė, kad neurochirurgijos būdu gydant bet kurią neurochirurgijos ligą (neiškiriant pagal tai, ar tai reta liga, ar labai reta liga), gali tekti taikyti 2015 m. plano 1 priede nurodytas sisteminės intervencijas, todėl tokios operacijos atlikimui pagal ginčijamą teisinį reguliavimą teks pacientą transportuoti į vienintelį Neurochirurgijos kompetencijos centrą, nors tam tikros intervencijos atlikimui šiuo metu realios sąlygos sudarytos ir artimesnėje sveikatos priežiūros įstaigoje.

94. Įvertinus 2015 m. plano nuostatas, susijusias su skubiųjų neurochirurgijos paslaugų teikimu, pagal byloje pateiktus duomenis taip pat pagrįstai galima abejoti, ar taip sureglamentuota sveikatos priežiūra bus tinkama. Minėta, kad pagal ginčijamą teisinį reguliavimą, skubiosios neurochirurgijos paslaugos retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems suaugusiems turi būti suteiktos kraštų neurochirurgijos centruose, tačiau įvertinus perkėlimo riziką, gali būti perkelti į universitetinį neurochirurgijos centrą (2015 m. plano 12 p.). Pagal 2015 m. plano 16 punktą, skubiosios neurochirurgijos paslaugos retomis neurochirurgijos ligomis sergantiems vaikams turi būti suteiktos bet kurioje sveikatos priežiūros įstaigoje, tačiau, įvertinus perkėlimo riziką, gali būti perkelti į Neurochirurgijos kompetencijos centrą. Pirma, išplėstinės teisėjų kolegijos nuomone, nei šiose, nei kitose 2015 m. plano nuostatose nėra detalizuojamas perkėlimo į kitą sveikatos priežiūros įstaigą rizikos įvertinimas, todėl tai sudaro sąlygas kilti neaiškumams ir nesusipratimams teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. Antra, net jeigu būtų įvertinta didelė perkėlimo į kitą sveikatos priežiūros įstaigą rizika, ir pacientas liktų gydytis toje sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje buvo suteikta skubioji neurochirurgijos paslauga, vertinant tai, kad pagal 2015 m. planą didžioji neurochirurgijos paslaugų dalis sutelkiama keliose sveikatos priežiūros įstaigose, kyla klausimas, ar skubiąsias neurochirurgijos paslaugas turinčios teikti sveikatos priežiūros įstaigos išlaikys kompetenciją gydyti neurochirurgijos ligas, priskirtas universitetiniams ir Neurochirurgijos kompetencijos centrui. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. rugpjūčio 25 d. rašte Nr. D2-10953-(1.11.) (I t., b. l. 29–31) taip pat nurodė, kad „dirbtinai sukonzentravus neurochirurgijos paslaugas universitetiniuose neurochirurgijos centruose (Kaune, Vilniuje), kitos asmens sveikatos priežiūros įstaigos negalėtų tikėtis nei moderniausios įrangos, nei kompetentingiausių specialistų, todėl tai gali įtakoti paslaugų kokybę“.

95. Sveikatos apsaugos ministerijai, kaip viešojo administravimo institucijai, šiuo atveju veikiančiai administracinio reglamentavimo srityje, tenka pareiga pagrįsti ir įrodyti, kad nustatytas teisinis reguliavimas atitinka aukštesnės galios teisės aktų reikalavimus. Nagrinėjamos bylos kontekste tai reiškia, kad iškilus pakankamai pagrįstoms abejonėms dėl 2015 m. ginčijamose nuostatose įtvirtinto neurochirurgijos paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, modelio atitikimo sveikatos priežiūros tinkamumui (kokybei ir efektyvumui) bei prienamumui, Sveikatos apsaugos ministerija turėjo pagrįsti ir paaiškinti, kodėl 2015 m. plane numatytas modelis ir konkrečios nuostatos atitinka konstitucinius ir Sveikatos sistemos įstatyme numatytus reikalavimus, keliamus veiksmingos sveikatos apsaugos sistemos sukūrimui.

96. Šiame kontekste taip pat pažymėtina, kad nei 2015 m. plano 8 punkte (kuriame pateikiamas Neurochirurgijos kompetencijos centro apibrėžimas), nei kitose 2015 m. plano nuostatose nėra nurodomi konkretūs kriterijai, kuriuos atitinkantis organizacinis universiteto ligoninės vienetas gali būti paskirtas Neurochirurgijos kompetencijos centru, ar teisės aktas, kuriame tokie kriterijai būtų įtvirtinti. Be to, nėra reglamentuojama tokio organizacinio universiteto ligoninės vieneto tapimo, paskyrimo ar atrinkimo tvarka ir procedūra. 2015 m. plano 33.1 punktas įtvirtina, kad iki 2015 m. I ketvirčio pabaigos numatoma įkurti Neurochirurgijos kompetencijos centrą, atitinkantį retų ligų centrų ir Europos referencijos centrų tinklo kokybinius ir kiekybinius reikalavimus. Sveikatos apsaugos ministerija atsiliepime (II t., b. l. 88) taip pat paaiškino, kad ji priėmė sprendimą užtikrinti neurochirurgijos kompetencijos centro, kuris atitiktų reikalavimus, keliamus siekiant įsijungti į Europos referencijos centrų tinklus, atrinkimą ir steigimą, ir siekdama šio tikslo suformavo bei sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtino kriterijus tokiai sveikatos

priežiūros įstaigai atrinkti, t. y. Nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašą. Taigi byloje pateiktuose procesiniuose dokumentuose išdėstyti ir teismo posėdžių metu pateikti šalių paaiškinimai, taip pat kitos 2015 m. plano nuostatos leidžia teigti, jog 2015 m. plano 8 punkte, konkrečiai to neįvardinant, daroma nuoroda į sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymu Nr. V-75 patvirtintą Nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašą (2015 m. kovo 23 d. įsakymo redakcija), nustatantį reikalavimus, kuriuos turi atitikti Lietuvos Respublikoje veikiantys kompetencijos centrai, siekiantys tapti nacionaliniais referencijos centrais bei nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarką (Atrankos tvarkos aprašo 1 p.). Tačiau toks teisinis reguliavimas, kai teisės normos adresatui – konkrečiai sveikatos priežiūros įstaigai – iš esmės sudėtinga nustatyti, kokie su jo statusu (tapimu Neurochirurgijos kompetencijos centru) ir veikla (galimybe teikti šiam centrui priskirtas neurochirurgijos paslaugas) susiję reikalavimai jam taikomi, iš principo yra nesuderinamas su teisėkūrai keliamais teisinio aiškumo, tikslumo ir apibrėžtumo reikalavimais. Sumaištis ir neapibrėžtumo teisiniame reguliavime įneša ir tai, kad Nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos apraše nustatyti reikalavimai taikomi, siekiant tapti ne Neurochirurgijos kompetencijos centru, o nacionaliniu referencijos centru.

97. Nagrinėjamoje norminėje administracinėje byloje taip pat ginčijami 2015 m. plano 25 ir 28 punktai, reglamentuojantys, kad atliekant endovaskulines operacijas gydant insultus ir aneurizmas bei kitas į Retų ligų ir retųjų vaistų sąrašą, skelbiamą interneto ORPHANET portale, įtrauktas retas smegenų kraujagyslių ligas, taikomas biplaninis angioseriografas (25 p.), teikiant bet kurias neurochirurgijos paslaugas, privaloma turėti ir taikyti intraoperacinę ultragarsą (28.1 p.); teikiant neurochirurgijos paslaugas, kai gydomos retos neurochirurgijos ligos, privaloma turėti ir taikyti intraoperacinę magnetinio rezonanso tomografiją (toliau – MRT), funkcinę MRT ir navigacinę MRT (28.2 p.); teikiant neurochirurgijos paslaugas Neurochirurgijos kompetencijos centre, privaloma turėti ir taikyti intraoperacinę elektroencefalografiją (28.3 p.).

98. Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 652 yra patvirtinti Stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų antrinio ir tretinio lygio neurochirurgijos paslaugų teikimo specialieji reikalavimai (2014 m. rugsėjo 1 d. įsakymo Nr. V-951 redakcija), kuriuose pagal TLK-10-AM kodą ir ligos pavadinimą nurodomos privalomos neurochirurgijos paslaugos diagnostikos technologijos, gydymo metodai, specialistai, kitos būtinos sąlygos (privalomos tarnybos, aparatūra ir kt.). Pažymėtina, kad šiame teisės akte tokia medicininė aparatūra ir metodai, kokie įvardinami 2015 m. plano 25 ir 28 punktuose, nėra numatyti.

99. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo (2014 m. lapkričio 18 d. įstatymo Nr. XII-1335) 10 straipsnio 6 punkte nurodyta, kad Sveikatos apsaugos ministerija nustato sveikatos priežiūros tinkamumo reikalavimus. Atsižvelgiant į tai, Sveikatos apsaugos ministerija turi kompetenciją nustatyti tvarką, kaip turi būti teikiamos tinkamos neurochirurgijos paslaugos, *inter alia* nurodant, kokia medicininė įranga (aparatūra) turi būti naudojama ar kokie metodai taikomi konkrečių neurochirurgijos ligų gydymui. Tačiau, išplėstinės teisėjų kolegijos nuomone, konkrečius neurochirurgijos paslaugų teikimui nustatytus medicininius reikalavimus įtvirtinančios nuostatos turi derėti tarpusavyje. Analizuojant 2015 m. plano 25, 28 punktuose suformuluotus reikalavimus neurochirurgijos paslaugoms ir lyginant juos su Stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų antrinio ir tretinio lygio neurochirurgijos paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų turiniu, matyti, kad 2015 m. plano 25 ir 28 punktuose nėra apibrėžta, kurio lygio – antrinio ar tretinio – paslaugai taikomas būtinos aparatūros reikalavimas, šis reikalavimas taip pat nėra priskiriamas konkrečiai neurochirurgijos ligai pagal TLK-10-AM. Todėl minėtos 2015 m. plano 25 ir 28 punktų nuostatos vertintinos, kaip nepakankamai apibrėžtos ir nesuderintos su teisės aktu, įtvirtinančiu savo esme analogiškus reikalavimus.

100. Sistemiskumo požiūriu taip pat kritiškai vertintinas savo pobūdžiu vienodų reikalavimų neurochirurgijos paslaugų teikimui įtvirtinimas skirtinguose vienodos galios teisės aktuose. Išplėstinės teisėjų kolegijos nuomone, tai lemia teisinį neaiškumą ir neapibrėžtumą neurochirurgijos paslaugų teikimo srityje.

101. Išplėstinės teisėjų kolegijos nuomone, 2015 m. plane yra ir kitų ginčijamų nuostatų, kurios neatitinka teisėkūros reikalavimų. Nei pačiame 2015 m. plane, nei kituose teisės aktuose



nėra detalizuojama, kaip turėtų būti suprantamas neurochirurgijos centras (terminas, vartojamas apibrėžiant kraštų neurochirurgijos centrus 2015 m. plano 5 punkte), neurochirurgijos padalinys (terminas, vartojamas 2015 m. plano VI skyriuje). Nepakankamai apibrėžtos ir suderintos su egzistuojančia teisine baze laikytinos ir retos neurochirurgijos ligos bei labai retos neurochirurgijos ligos sąvokos. Tokioje visai visuomenei ir kiekvienam asmeniui itin svarbioje srityje, kaip sveikatos priežiūra, teisinio reguliavimo, teisinės technikos trūkumai vertintini, kaip esminis teisėkūros reikalavimų paneigimas. Sveikatos apsaugos ministerija, priimdama teisės aktą, turi rasti būdų, kaip apibrėžti ir tarpusavyje bei su kitais teisės aktais suderinti konkrečias teisinio reguliavimo nuostatas taip, kad *inter alia* sisteminiu požiūriu jos būtų aiškios ir nuoseklios. Priešingu atveju nebūtų sudaromos prielaidos efektyviai įgyvendinti asmens teisę į tinkamas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat veikti veiksmingai ir aiškiai sveikatos priežiūros sistemai.

102. Atsižvelgiant į tai, kas išdėstyta, konstatuotina, kad 2015 m. plane įtvirtintas ginčijamas teisinis reguliavimas, vertinant jį kaip visumą, tiek, kiek jis nėra paremtas konkrečiai, aiškiai ir objektyviai apibrėžtais neurochirurgijos paslaugų suskirstymo Lietuvoje kriterijais, rodikliais bei esamos būklės įvertinimu, tiek, kiek jis nėra pagrindžiamas tinkamai atlikta poveikio sveikatos priežiūros prieinamumui ir tinkamumui, analize, negali būti laikomas būtinu ir tinkamu. Nustatant tokį proporcingumo principą pažeidžiantį, taip pat kitus esminius konstitucinio teisinės valstybės principo apimanus teisėkūros reikalavimus paneigiantį teisinį reguliavimą, įtvirtintą 2015 m. plano ginčijamose nuostatose, nesudaromos prielaidos užtikrinti, kad bus įgyvendinti iš Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies išplaukiantys imperatyvai. Taigi sveikatos apsaugos ministras, nesilaikydamas atsakingo valdymo, teisėkūros reikalavimų, pažeidė iš Konstitucijos kylančią pareigą sveikatinimo veiklą (neurochirurgijos paslaugų teikimą) sureguliuoti taip, kad būtų užtikrintas asmens sveikatos priežiūros prieinamumas ir tinkamumas, efektyvus asmens teisės į kokybišką sveikatos priežiūrą įgyvendinimas.

103. Dėl nurodytų priežasčių išplėstinė teisėjų kolegija konstatuoja, kad Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymu Nr. V-95 patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015–2020 metų plano 5, 6, 7, 8, 12, 14–17, 25, 28, 33 punktai ir priedas Nr. 1 prieštarauja konstituciniam atsakingo valdymo principui ir teisėkūros procedūros požiūriu Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatai, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus.

## XV.

104. Pareiškėjai šioje norminėje administracinėje byloje kvestionuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymu Nr. V-95 patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015–2020 metų plano 6, 7, 8, 12, 14–17, 25, 28, 33 punktų ir priedo Nr. 1 atitiktį ir kitoms aukštesnės galios teisės aktų nuostatoms: Konstitucijos 43 straipsnio 3 daliai, 46 straipsniui, 48 straipsnio 1 daliai, Konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsnio 1 dalies 2, 3, 4 punktams 5 punkte įtvirtintiems asmens sveikatos priežiūros prieinamumo ir tinkamumo principams, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 straipsnio 1 daliai, 4 straipsniui, Darbo kodekso 2 straipsniui, Vilniaus universiteto statutui, Teisėkūros pagrindų įstatymo 7 straipsniui, Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 14 straipsniui, Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 6 ir 12 straipsniams, Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 23 ir 35 straipsniams.

105. Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo praktikoje laikomasi pozicijos, kad kai keliamas klausimas dėl norminio administracinio akto (ar jo dalies) atitikties keliems aukštesnės galios teisės aktams (jų dalims), norminio administracinio akto teisėtumo bylą nagrinėjantis administracinis teismas, konstatavęs norminio administracinio akto prieštaravimą vienai aukštesnės galios teisės akto nuostatai, nebeprivalo tirti norminio administracinio akto teisėtumo kitų aukštesnės galios teisės aktų nuostatų atžvilgiu (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2006 m. liepos 25 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I<sup>1</sup>-2/2006, 2009 m. vasario 26 d.

sprendimas administracinėje byloje Nr. I<sup>444</sup>-6/2009, 2011 m. kovo 21 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I<sup>575</sup>-3/2011). Šiame baigiamajame teismo akte jau konstatuota, jog Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymu Nr. V-95 patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020 metų plano 5, 6, 7, 8, 12, 14–17, 25, 28, 33 punktai ir priedas Nr. 1 prieštarauja Lietuvos Respublikos Konstitucijai. Neteisėtu pripažinto teisinio reguliavimo tyrimas dėl atitikties kitoms nurodytoms aukštesnės galios teisės normoms, išplėstinės teisėjų kolegijos vertinimu, šiuo atveju nebėra reikšmingas. Atsižvelgdama į nurodytas aplinkybes, išplėstinė teisėjų kolegija šioje norminėje administracinėje byloje netirs 2015 m. plano 5, 6, 7, 8, 12, 14–17, 25, 28, 33 punktų ir priedo Nr. 1 atitikties aukščiau nurodytoms aukštesnės galios teisės aktų nuostatomis.

## XVI.

*Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymo Nr. V-75 „Dėl nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo patvirtinimo“*

106. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2015 m. sausio 29 d. įsakymo Nr. V-75 „Dėl nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo patvirtinimo“ 1 punktu patvirtino Nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašą (2015 m. kovo 23 d. įsakymo Nr. V-385 redakcija).

107. Seimo nariai pareiškime suformulavo reikalavimą pripažinti, kad Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymas Nr. V-75 „Dėl nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo patvirtinimo“ (2015 m. kovo 23 d. įsakymo Nr. V-385 redakcija) prieštarauja Konstitucijos 43 straipsnio 3 daliai, 46 straipsniui, 48 straipsnio 1 daliai, 53 straipsnio 1 daliai, Konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 ir 4 straipsniams, Sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsniui, Darbo kodekso 2 straipsniui, Vilniaus universiteto statutui, Teisėkūros pagrindų įstatymo 7 straipsniui, Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 14 straipsniui, Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktų 6 ir 12 straipsniams, Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 23 ir 35 straipsniams, 2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvai 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo, Europos Komisijos 2014 m. kovo 10 d. deleguotajam sprendimui 2014/286/ES.

108. Seimo nariai sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymą Nr. V-75 ginčija tuo aspektu, kad, pasak pareiškėjų, sveikatos apsaugos ministras apskritai negalėjo priimti Nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo. Taigi Seimo nariai prašo Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išspręsti sveikatos apsaugos ministro kompetencijos priimti Nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašą klausimą.

109. Pagal Nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo 1 punktą, jame nustatomi reikalavimai, kuriuos turi atitikti Lietuvos Respublikoje veikiančios kompetencijos centrai, siekiantys tapti nacionaliniais referencijos centrais, taip pat reglamentuojama nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarka.

110. Atrankos tvarkos aprašo preambulėje nurodoma, kad šiuo teisės aktu siekiama užtikrinti tinkamą nacionalinių referencijos centrų atrankos procedūrą ir atsižvelgiama į Europos Komisijos 2014 m. kovo 10 d. deleguotojo sprendimo 2014/286/ES, kuriuo nustatomi kriterijai ir sąlygos, kuriuos Europos referencijos centrų tinklai ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turi atitikti, kad galėtų prisijungti prie Europos referencijos centrų tinkle, nuostatas.

111. Komisijos sprendimas 2014/286/ES nustato konkrečius kriterijus ir sąlygas, kuriuos turi atitikti Europos referencijos centrų tinklai ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, norintys prisijungti prie tokio tinklo ir tapti jo nariais (1 str.). Be Komisijos sprendimo 2014/286/ES, yra priimtas Europos Komisijos 2014 m. kovo 10 d. įgyvendinimo sprendimas 2014/287/ES, kuris, be kita ko, nustato Europos referencijos centrų tinklų steigimo ir prisijungimo prie jau įsteigto konkretaus tinklo tvarką ir procedūras (1 str.). Įvertinus minėtų Komisijos sprendimų nuostatas,

matyti, kad šių sprendimų reguliavimo dalykas nėra susijęs konkrečių sveikatos priežiūros įstaigų tapimo nacionaliniais referencijos centrais sąlygomis ir procedūromis, todėl sveikatos apsaugos ministro įgaliojimai nustatyti nacionalinę sveikatos priežiūros įstaigų atranką kildintini išimtinai iš nacionalinės teisės.

112. Lietuvos Respublikos Konstitucijos 5 straipsnio 2 dalyje įtvirtinta, kad valdžios galias riboja Konstitucija. Ši nuostata suponuoja, kad valdžios institucijos privalo veikti aukštesnės galios teisės aktais suteiktos kompetencijos ribose bei laikytis tam tikrų reikalavimų, kylančių iš konstitucinio teisinės valstybės principo. Konstitucinis teisinės valstybės principas reikalauja, kad teisėkūros subjektai teisės aktus leistų tik neviršydami savo įgaliojimų (*inter alia* Konstitucinio Teismo 2004 m. gruodžio 13 d., 2012 m. liepos 3 d. nutarimai).

113. Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas ne kartą yra nurodęs, kad viešojo administravimo subjektų kompetencija turi būti nustatyta įstatymu, veikla vykdoma tik jiems priskirtos kompetencijos ribose, o atitinkamam teisėkūros subjektui viršijus jam teisės aktais suteiktą kompetenciją ir priėmus norminį administracinį aktą, kurį jis nėra įgaliotas priimti, tuo pačiu būtų pažeistas ir Konstitucijos preambulėje įtvirtintas teisinės valstybės principas (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2006 m. liepos 28 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I<sup>1</sup>-4/2006, 2007 m. lapkričio 23 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I<sup>8</sup>-15/2007, 2008 m. lapkričio 28 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I<sup>444</sup>-4/2008, 2012 m. gegužės 21 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I<sup>502</sup>-12/2012, Administracinė jurisprudencija Nr. 23). Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymo (2014 m. lapkričio 11 d. įstatymo Nr. XII-1317 redakcija) 3 straipsnio 1 dalyje įtvirtintas viešojo administravimo srityje taikomas įstatymo viršenybės principas, reiškiantis, kad viešojo administravimo subjektų įgaliojimai atlikti viešąjį administravimą turi būti nustatyti teisės aktuose, o veikla turi atitikti šiame įstatyme išdėstytus teisinius pagrindus. Administraciniai aktai, susiję su asmenų teisių ir pareigų įgyvendinimu, visais atvejais turi būti pagrįsti įstatymais.

114. Sveikatos apsaugos ministerija atsiliepime (II t., b. l. 89) nurodė, kad Komisijos sprendimas 2014/286/ES yra privalomas visa apimtimi tiems, kam jis skirtas ir jį įgyvendinančių teisės aktų rengti neįpareigoja, tačiau nedraudžia valstybei narei nustatyti nacionalinę procedūrą, kurios pagrindu būtų galimybė identifikuoti potencialius galimus Europos referencijos centrų tinklų dalyvius. Pažymėtina, kad, kaip minėta, Atrankos tvarkos aprašas nustato tam tikras sąlygas, kriterijus, kuriuos atitinkanti sveikatos priežiūros įstaiga gali pretenduoti tapti nacionaliniu referencijos centru. Taip pat šiame akte nustatoma tokio nacionalinio referencijos centro, veikiančio tam tikro profilio sveikatos priežiūros srityje, atrankos tvarka. Atrankos tvarkos aprašo 2.3 punkte nacionalinis referencijos centras apibrėžiamas, kaip šio Tvarkos aprašo nustatyta tvarka atrinktas ir paskirtas kompetencijos centras. Pagal Atrankos tvarkos aprašo 16 punktą, nacionalinis referencijos centras skiriamas sveikatos apsaugos ministro įsakymu penkeriems metams. Sveikatos apsaugos ministerija atsiliepime (II t., b. l. 91) taip pat pažymėjo, kad pagal Atrankos tvarkos aprašo nuostatas atrinkam nacionaliniam referencijos centrui, išreiškusiam norą jungtis į tinklą, sukuriama pareiga siekti narystės Europos referencijos centrų tinkle. Vadinas, įgyvendinus aptariamą atrankos procedūrą, konkreti sveikatos priežiūros įstaiga įgyja nacionalinio referencijos centro statusą. Tokios asmens (šiuo atveju sveikatos priežiūros įstaigos) statuso (teisių ir pareigų turinio ir apimties) pasikeitimus lemiančios procedūros nustatymas, išplėstinės teisėjų kolegijos požiūriu, negali būti traktuojamas, vien tik kaip tvarkomojo pobūdžio veiksmas. Sveikatos apsaugos ministro deklaruojamas siekis identifikuoti sveikatos priežiūros įstaigas, kurios galėtų tapti konkretaus Europos referencijos centrų tinklo nariais, nereikalauja įtvirtinti tokios procedūros, kurios metu vyksta vieno nacionalinio referencijos centro konkrečioje sveikatos priežiūros paslaugų srityje atranka ir kuri užbaigiama tam tikras teisinės pasekmės sukeliančiu individualaus administracinio akto (sveikatos apsaugos ministro įsakymo) priėmimu.

115. Atsižvelgiant į išdėstytus argumentus, išplėstinės teisėjų kolegijos požiūriu, sveikatos apsaugos ministro įgaliojimai patvirtinti Atrankos tvarkos aprašą turi būti grindžiami įstatymu arba tokie įgaliojimai turi išplaukti iš konkrečių įstatymo nuostatų, kuriose būtų išreikšta įstatymų leidėjo valia vykdyti nacionalinę referencijos centrų atranką ir paskirti vieną konkretaus sveikatos

priežiūros profilio nacionalinį referencijos centrą. Nagrinėjamoje norminėje administracinėje byloje nesant duomenų, kad tokie pavedimai sveikatos apsaugos ministru buvo suteikti, negalima daryti išvados, kad Atrankos tvarkos aprašas priimtas laikantis Lietuvos Respublikos Konstitucijos preambuleje įtvirtinto konstitucinio teisinės valstybės principo, *inter alia* apimančio reikalavimą, kad teisėkūros subjektai teisės aktus leistų tik neviršydami savo įgaliojimų. Taigi konstatuotina, kad Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymo Nr. V-75 „Dėl nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo patvirtinimo“ (2015 m. kovo 23 d. įsakymo Nr. V-385 redakcija) 1 punktą prieštarauja konstituciniam teisinės valstybės principui.

116. Nors iš pareiškimo matyti, kad Seimo nariai kvestionuoja ir Atrankos tvarkos aprašo nuostatas (turinį), išplėstinė teisėjų kolegija pažymi, kad konstatavus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymo Nr. V-75 1 punkto, kuriuo patvirtintas Nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašas, prieštaravimą Konstitucijai, tai lemia ir viso Nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. kovo 23 d. įsakymo Nr. V-385 redakcija) neteisėtumą iš esmės.

Vadovaudamasi Lietuvos Respublikos administracinių bylų teisenos įstatymo 101 straipsnio 1, 3 punktais, 114 straipsnio 1 dalimi, 115 straipsnio 1 dalies 2 punktu, Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinė teisėjų kolegija

n u s p r e n d ž i a:

Pripažinti, kad Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymu Nr. V-95 patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015–2020 metų plano 5, 6, 7, 8, 12, 14–17, 25, 28, 33 punktai ir priedas Nr. 1 prieštarauja konstituciniam atsakingo valdymo principui ir teisėkūros procedūros požiūriu Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatai, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus.

Pripažinti, kad Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymo Nr. V-75 „Dėl nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo patvirtinimo“ 1 punktą ir juo patvirtintą Nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašą (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. kovo 23 d. įsakymo Nr. V-385 redakcija) prieštarauja konstituciniam teisinės valstybės principui.

Norminę administracinę bylą pagal pareiškėjų Lietuvos Respublikos Seimo narių Audroniaus Ažubalio, Vidos Marijos Čigriejienės ir Antano Matulo pareiškimo dalį ištirti, ar Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 10 d. įsakymu Nr. V-676 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 9 d. įsakymo Nr. 652 „Dėl neurochirurgijos stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų paslaugų teikimo specialiujų reikalavimų“ pakeitimo“ patvirtintų Stacionariųjų vaikų ir suaugusiųjų neurochirurgijos tretinio lygio paslaugų teikimo specialiujų reikalavimų „Neurochirurgija III B“ ir „Neurochirurgija III C“ dalys, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 10 d. įsakymu Nr. V-677 „Dėl neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metų plano patvirtinimo“ patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metų plano 7, 13–17, 35 ir 36 punktai neprieštarauja Lietuvos Respublikos Konstitucijos 43 straipsnio 1 daliai, 46 straipsniui, 48 straipsnio 1 daliai, 53 straipsnio 1 daliai, Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 straipsniui, 4 straipsniui, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsniui, Lietuvos Respublikos darbo kodekso 2 straipsniui, Vilniaus universiteto statutui, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 7 straipsniui, Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 14 straipsniui, Visuotinės žmogaus teisių deklaracijos 23 straipsniui, 25 straipsniui, Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 6 straipsniui, 12 straipsniui, Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 23 straipsniui, 35 straipsniui nutraukti.

Norminę administracinę bylą pagal pareiškėjų Lietuvos Respublikos Seimo narių Audroniaus Ažubalio, Vidos Marijos Čigriejienės ir Antano Matulo pareiškimo dalį ištirti, ar Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymo Nr. V-95 „Dėl Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015–2020 metų plano patvirtinimo“ 3 punktas neprieštarauja Lietuvos Respublikos Konstitucijos 43 straipsnio 3 daliai, 46 straipsniui, 48 straipsnio 1 daliai, 53 straipsnio 1 daliai, Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 ir 4 straipsniams, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsniui, Lietuvos Respublikos darbo kodekso 2 straipsniui, Vilniaus universiteto statutui, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 7 straipsniui, Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 14 straipsniui, Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 6 ir 12 straipsniams, Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 23 ir 35 straipsniams nutraukti.

Sprendimas neskundžiamas.

Sprendimas skelbiamas Teisės aktų registre.

Teisėjai

Laimutis Alechnavičius

Artūras Drigotas

Ramūnas Gadliauskas

Stasys Gagys

Irmantas Jarukaitis